Interprofessioneel werkplekleren in de eerstelijnszorg: ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen

Dekeyser Lise, UGent

Promotor: Prof. Peter Pype, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2022]

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

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

Abstract

Inleiding: Interprofessioneel leren (IPL) krijgt de laatste jaren een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is steeds complexer geworden, er zijn meer chronisch zieke patiënten. Om deze patiënten de beste zorg te kunnen bieden, komen er veel zorgverleners in hun leven. Hierdoor wordt sterk ingezet op een multidisciplinaire aanpak van gezondheid. Om deze multidisciplinaire aanpak te implementeren, dienen zorgverleners onderwezen te worden in het samenwerken met verschillende disciplines (IPL). Voor deze studie stellen we ons de vraag wat de invloed is van de manier van samenwerking op IPL in de eerstelijnszorg.

Methode: Om een antwoord op deze vragen te vinden werd een kwalitatief, explorerend onderzoek opgezet. Zeven zorgverleners uit de eerstelijnszorg werden geïnterviewd door 1 interviewer. Door middel van semigestructureerde interviews met zowel huisartsen als verpleegkundigen, werd het thema IPL in de eerstelijnszorg geëxploreerd. Nadien volgde een thematische analyse.

Resultaten: Uit de interviews blijkt dat vertrouwen een grote rol speelt bij IPL. Zorgverleners die op éénzelfde locatie samenwerken hebben frequenter en meer fysiek contact, doch dit op zich is geen garantie voor succes op IPL-vlak. Interprofessionele (IP) leermomenten vinden voornamelijk toevallig plaats, enkel multidisciplinair overleg vormt een structureel ingepland IP-leermoment. Grootste hindernissen voor IPL zijn tijdsgebrek, hoge werkdruk, onvoldoende kennis van het takenpakket van de andere discipline, de ingesteldheid van de zorgverleners, grote diversiteit en het gebrek aan financiering van IPL. Als mogelijke oplossingen om IPL in de eerstelijnszorg efficiënter te maken kwamen de volgende voorstellen uit de bus: bewustmaking van nut en facetten IPL, meer uniformiteit voorzien in de eerstelijn, structureel IP-leermomenten voorzien en financiële ondersteuning van IPL.

Conclusie: Samenwerken onder hetzelfde dak is geen garantie voor succesvol IPL in de eerstelijnszorg. IPL hangt vooral af van de ingesteldheid van de zorgverleners en de aanwezigheid van een vertrouwensrelatie. Als eerste stap naar een efficiënter IPL in de eerstelijnszorg dienen de zorgverleners gesensibiliseerd te worden rond IPL.

Dankwoord

Veel mensen hebben mij geholpen om deze masterproef tot een goed einde te brengen, dus ik zou graag beginnen met hen te bedanken.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Peter Pype bedanken voor de begeleiding en motivatie tijdens het maken van deze masterproef.

Ten tweede wil ik alle huisartsen en verpleegkundigen bedanken die deelgenomen hebben aan de interviews voor dit onderzoek. Iedereen was enthousiast om deel te nemen en mij wat tijd te geven in hun drukke agenda. Daarnaast wil ook mijn praktijkopleider dr. Alison Helsmoortel bedanken voor de ondersteuning en continue optimistische kijk van deze masterproef.

Als laatste veel dankbaarheid aan mijn ouders en vrienden voor hun dagelijkse steun en aanmoedigingen de afgelopen jaren. Zij hebben mij door die laatste loodjes gesleurd.

Inhoud

Abstract 3
Dankwoord 4
Inleiding 6
Probleemstelling 6
Literatuurstudie 6
Methode 9
Onderzoeksopzet 9
Deelnemers 9
Data verzameling 10
Data-analyse 10
Resultaten 10
Definitie IPL 11
Relatie met de huisarts of verpleegkundige 12
Jobinhoud 13
IP-Leermomenten 14
Hindernissen IPL 19
Hiërarchie 22
Oplossingen IPL 23
Samenwerking op dezelfde locatie 25
Discussie 26
Conclusie 28
Referenties 29
Bijlagen: 31
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité 31
Bijlage 2: Informatiebrief deelnemers: uitnodiging 38
Bijlage 3: Informed consent 39
Bijlage 4: Beslissing Ethisch comité 43
Bijlage 5: Topicgids 45

Inleiding

Probleemstelling

Interprofessioneel leren (IPL) krijgt de laatste jaren een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. Onderzoek toont aan dat IPL, waarbij verschillende disciplines samen met en van elkaar leren, een positieve invloed heeft op interprofessionele (IP) samenwerking. Goede IP-samenwerking zou leiden tot een positieve invloed op patiëntenzorg. Gezien de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg, is de nood aan multidisciplinaire zorg beginnen stijgen. Desondanks is er nog maar weinig onderzoek naar IPL in de klinische setting, het zogenaamde interprofessionele werkplekleren (IPWPL). Op welke manier is IPL geïntegreerd op de werkvloer?

Onderzoek naar IPL kadert voornamelijk in de academische setting. Dit noemen we 'classroom based learning' ten opzichte van 'worplace based learning'. Er is reeds veel ingezet op IP-onderwijs aan universiteiten en hogescholen. Ook worden er meer en meer seminaries rond IPL gegeven, IP-praktijklessen, enz.

In deze masterproef stellen we ons de volgende onderzoeksvragen:

- Welke invloed heeft de manier (intensiteit, frequentie…) van samenwerking tussen verschillende zorgverleners op IPL? Is er een verband tussen de nauwheid van samenwerking? Wordt IPL gefaciliteerd door een langdurig samenwerkingsverband?
- Wat is de invloed van de vorm van samenwerkingsverband? Komt er meer werkplekleren voor in multidisciplinaire praktijken? Zijn er verschillen in IPWPL tussen multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken?

In deze masterproef spitsen we ons toe op IPWPL in de eerstelijnszorg. We beperken de deelnemerspopulatie tot huisartsen en verpleegkundigen. Zij hebben een grote rol in de eerstelijnszorg en werken vaak nauw samen.

Literatuurstudie

Definities

Men spreekt over IPL als twee of meer zorgverleners van verschillende disciplines van, met en over elkaar leren. Vaak met het doel om tot betere, effectieve samenwerking te komen en daarmee de uitkomsten van de zorg te verbeteren. Academisch IPL gaat over studenten uit verschillende richtingen die samen les gekregen hebben en waarbij de samenwerking bevorderd werd. IPWPL is elke vorm van IPL die voorkomt op de werkplek. (1)

Methodiek literatuuronderzoek

Er werd naar literatuur gezocht via de databanken Cebam en Pubmed.

Voor de database Cebam werd de zoekterm 'interprofessional education' gebruikt. Dit leverde 66 zoekresultaten op, uiteindelijk werden hiervan 4 artikels weerhouden. De artikels werden gekozen op basis van titel en beschikbaarheid. Na het lezen van deze artikels werden nog eens 2 extra artikels gevonden op basis van gerelateerde artikels.

Voor de databank Pubmed werden verschillende zoektermen ingevoerd. Aangezien "interprofessioneel leren" en "werkplekleren" geen Mesh-termen zijn, zijn de meeste artikels rond dit onderwerp vrij breed gecodeerd. Gebruik van de Mesh-term die het dichtst aanleunt bij IPL

leverde onvoldoende relevante artikels op. Vandaar werden volgende zoektermen opgezocht: “interprofessional education”, “primary health care”, “workplace learning”, “general practitioner” en “nurse”. Naar aanleiding van de resultaten werd gekozen voor de volgende zoekterm: “interprofessional workplace learning” and “primary health care”. Dit leverde 50 resultaten op. Op basis van titel en abstract werden uiteindelijk 9 artikels weerhouden. Bij het doorzoeken van “similar articles” werden nog eens 12 extra artikels toegevoegd.

De Nivel databank werd eveneens geraadpleegd, maar leverde geen resultaten op.

Groeiend belang of belangrijke groei?

De laatste jaren is gezondheidszorg steeds complexer geworden. Er zijn meer chronisch zieke patiënten. Mensen leven langer, en leven langer met verschillende chronische aandoeningen, ze nemen een hele lijst chronische medicatie en de zorgnood stijgt.
Om deze patiënten de beste zorg te kunnen bieden, komen er veel zorgverleners in hun leven. Hierdoor is er de laatste jaren een reorganisatie van de gezondheidszorg gestart. (2-7) Er wordt meer ingezet op een multidisciplinaire aanpak van gezondheid. De individuele zorgverlener is onderdeel geworden van de patiënt zijn/haar zorgteam. (5, 8-11) De algemene idee van een multidisciplinaire zorgaanpak: samen hebben we meer kennis.

Om deze multidisciplinaire aanpak te implementeren, dienen zorgverleners onderwezen te worden in het samenwerken met verschillende disciplines. (2,4-5, 8, 11-14) Onderzoek toont aan dat zorgverleners die samen leren, beter samenwerken. IPL zorgt ervoor dat zorgverleners elkaar beter begrijpen, beter weten wat de ander zijn job inhoudt. Met als uiteindelijke doel om betere kwaliteit van zorg te kunnen bieden. (4, 6, 9-10, 12, 15-16)
Janson et al. bijvoorbeeld, toonde aan dat IPL en IPWPL een positieve impact hebben op bloeddruk en HbA1c bij diabetespatiënten. (17)

Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden wordt steeds belangrijker geacht voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg- en ondersteuning die toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. Het gaat hierbij niet alleen om samenwerken tussen verschillende disciplines, maar ook over verbinding van onderwijs, onderzoek, beleid en praktijk met elkaar. (1).

Factoren die IPL beïnvloeden

IPL werd ruim onderzocht in de academische setting. Volgens de World Health Organization (WHO) zullen studenten die samen met andere studenten van verschillende disciplines les gekregen hebben, meer openstaan om in hun verdere carrière IP samen te werken. Bij de meeste studies naar IPL waren de deelnemers studenten en werd er bevraagd wat zij vinden van hun IP-leerervaringen tijdens lessen of bijvoorbeeld stages. (4, 15-17)

Maar ook buiten de academische setting vindt IPL plaats. “Classroom based learning” is echter een heel andere zaak dan “workplace based learning” (4, 18). Elke vorm van IPL die voorkomt op de werkplek wordt samengevat als IPWPL. Walker et al. duidt het voordeel van IPWPL ten opzichte van IP academisch leren aan als volgt: bij werplekleren zie je IPL in de context waarvoor het bedoeld is, er zijn directe voordelen te bereiken. (11, 14)
IPWPL komt frequent voor, zowel informeel als formeel. Vaak komen zorgverleners van verschillende disciplines met elkaar in contact, toevallig, door middel van gemeenschappelijke zorgdoelen. En dan

vinden er leermomenten plaats, soms zonder dat de zorgverleners er zich zelf bewust van zijn. (3, 8, 16, 19) Hier spreken we dan van informeel, meer opportunistisch IPL.

Onderzoek toonde reeds het nut aan van IPWPL. Maar er is nog onvoldoende gekend over IPL specifiek in de eerstelijnszorg. (8, 4-5, 11, 16, 18) Elke afzonderlijke patiëntenzorgtak heeft zijn eigen kenmerken en wat werkt in bijvoorbeeld een ziekenhuisteam, werkt niet per se in de eerstelijnszorg. Samenwerken onder hetzelfde dak heeft een positieve invloed op IPL. (2, 16, 20) Zo kan IPL in het ziekenhuis bijvoorbeeld vlotter verlopen, aangezien alle zorgverleners op dezelfde locatie werken (4). Tegenwoordig komt het in de eerstelijnszorg al meer voor dat er multidisciplinaire samenwerkingsverbanden gemaakt worden in eenzelfde praktijk, waarbij bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, kinesisten, psychologen allemaal in dezelfde praktijk samenwerken. West et al. toonde aan dat een team dat vaak samenwerkt in tijd en ruimte voor gemeenschappelijke visie en doelen zorgt en dit leidt tot een effectievere samenwerking. (6)

Volgens Vyt et al. kan samenwerken onder 1 dak IP-samenwerking bevorderen, maar is het geen garantie. De organisatie en competenties van de teamleden spelen ook een rol. (21) Het is moeilijk om een globaal beleid/stappenplan te voorzien voor IPWPL. (11) IPL op de werkvloer gebeurt op dit moment vaak impliciet, onbewust, tijdens patiëntenzorg. (8, 10, 19, 22) Het leren is veelal kijken en doen en heel onvoorspelbaar. (8) Lingard et al. beschrijft dat een groot stuk van IPL gaat om onbewuste kennis, beter omschreven onder de Engelse term “tacit knowledge”. (13) Daarnaast zijn de zorgnoden niet op elke plek dezelfde, net zoals het zorgaanbod niet overal gelijk is. Hierdoor is er een grote verscheidenheid in de implementatie van IPL (11), wat een algemene aanpak bemoeilijkt.

Het leerproces is daarnaast afhankelijk van hoe goed ‘team’leden elkaar kennen en verstaan. (2, 7-8, 13, 16, 23) Leren van elkaar vloeit voornamelijk voort uit de idee dat het een meerwaarde kan/zal bieden. (8) Belangrijke IPL-activiteiten zijn naast elkaar samenwerken (niet enkel met elkaar), deelnemen aan groepsactiviteiten, moeilijke casussen samen aanpakken. Vervolgens is feedback geven eveneens een belangrijke component. (16) Niet enkel negatieve feedback, maar bijvoorbeeld beloningen geven voor goed teamwork. Positieve bekrachtiging bereikt soms meer dan kritiek. Reflectiemomenten kunnen hierbij een rol spelen. (6)

Belangrijk in IP-samenwerking is elkaars job leren verstaan. IPL kan ervoor zorgen dat zorgverleners elkaars jobinhoud leren kennen. Zo kunnen zorgverleners elkaars leernoden inschatten en elkaar beter aanvullen (10, 15-17, 22). Dit kan ervoor zorgen dat zorgverleners zich veiliger voelen en ook mentaal een beter gevoel hebben. (16, 22, 24-25)

Hindernissen

In de eerstelijnszorg zijn er verschillende hindernissen, die het IP-leerproces bemoeilijken. Tijd en ruimte zijn veruit de grootste struikelblokken. (2, 11, 16, 20, 26) Zorgverleners werken frequent op verschillende locaties en hebben weinig contact met elkaar. Zowel fysiek als telefonisch contact. Vaak verloopt het contact via de patiënt, en is het pathologie gebonden (bijvoorbeeld een doorverwijzing, meestal op papier). (4) Onderzoek van Pype et al. naar het contact tussen huisartsen en palliatief verpleegkundigen toonde aan dat dit contact voornamelijk telefonisch was, en in de meeste gevallen op initiatief van de verpleegkundige. (10) Elke zorgverlener heeft zijn eigen agenda, en de hoge werkdruk zorgt ervoor dat fysiek contact moeilijk te bekomen is. (16) Deze hindernis overkomen of oplossen is dan ook niet eenvoudig.

Daarnaast zorgt hiërarchie voor moeilijkheden. Hiërarchie kan een grote rol spelen in professionele conflicten. (2, 6) Onderzoek toont aan dat huisartsen nog meer voorstanders zijn van een individuele aanpak, ze zijn minder teamgericht. (7-8) Uit de literatuur blijkt dat artsen minder openstaan voor IPL dan andere zorgverleners. Bij hen is er een grotere invloed van hiërarchie. (8, 16, 22). Huisartsen durven nog vaak de idee te hebben dat IPL is wat zij, de artsen, andere zorgverleners aanleren. Verpleegkundigen zijn wel meer gericht op IPL, omdat al vroeg in hun opleiding het belang van IP-samenwerking aangekaart wordt. (16, 27)

Noden voor de toekomst

In de toekomst zal er meer ondersteuning nodig zijn voor IPL op de werkvloer. (4, 7-8, 14, 26) Er zal tijd moeten voorzien worden voor educatieve momenten, naast samenwerking bij patiënten en gemeenschappelijke casussen. (16, 22) Volgens Sordahl et al. is synergistische training voor zorgverleners die actief zijn op de werkvloer nodig om multidimensionale zorg te kunnen bieden in de toekomst. (17) Ook zou IPL in de eerstelijnszorg wat meer belicht kunnen worden, zodat zorgverleners meer bewust gemaakt worden van de leeropportuniteiten op de werkvloer. (19) Op dit moment is er in de eerstelijnszorg nog onvoldoende aandacht voor IPWPL. Het gebeurt, maar het besef is vaak niet voldoende aanwezig. (4)

Methode

Onderzoeksopzet

In deze studie wordt er gekeken hoe huisartsen en verpleegkundigen op het werkveld van elkaar leren. Heeft de manier van samenwerking een invloed op dit IPL? Om een antwoord op deze vragen te vinden werd een kwalitatief, explorerend onderzoek opgezet. Dit door middel van semigestructureerde interviews.

Voorafgaand aan de interviews werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd, wat gezorgd heeft voor een leidraad voor de topiclijst (zie bijlage 5). Deze werd gebruikt om structuur te geven aan de interviews. Er werd gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen in plaats van bijvoorbeeld een vragenlijst, in de hoop de geïnterviewde zorgverleners zo de vrijheid te geven om open en eerlijk te antwoorden op de vragen. En dieper in te kunnen gaan op de thema's dan mogelijk is met een oppervlakkige vragenlijst. Met als gevolg een ruime blik te werpen op het thema en iedereen de kans te geven zijn/haar eigen ideeën en ervaringen te delen.

Een goedkeuring van het ethisch comité werd verkregen op 18/11/2021. Protocol en goedkeuring zijn te vinden in bijlagen 1-4.

Deelnemers

De doelgroep bestond uit huisartsen en verpleegkundigen, werkzaam in de eerstelijnszone. Omdat er onderzocht wordt wat de invloed is van de manier van samenwerking op IPL, was het de bedoeling om zorgverleners te interviewen die van zichzelf zeggen een goede samenwerking te hebben met de andere discipline, ongeacht de manier waarop die samenwerking verloopt. Naast dit eerste uitgangspunt, was het ook de bedoeling om deelnemers uit zoveel mogelijk verschillende samenwerkingsvormen te interviewen. Hiervoor werd gezocht in de regio waar de interviewer zelf tewerkgesteld was, de eerstelijnszone Oostende-Bredene. De mogelijke kandidaat-deelnemers

werden zowel telefonisch als per mail (informatiebrief, zie bijlage 2) gecontacteerd met de vraag tot deelname. Indien ze interesse toonden werd nogmaals duidelijk gemaakt dat een goede samenwerking met de andere discipline essentieel is. Daarna werd kort bevraagd of er zeker iemand is met wie ze goed samenwerken. In totaal namen 7 huisartsen en verpleegkundigen deel. De lijst met gedetailleerde beschrijving van de deelnemers en de verhouding huisartsen-verpleegkundigen wordt getoond in onderstaande tabel.

Huisarts			**Verpleegkundige**		
Functie	*Geslacht*	*Leeftijd*	*Functie*	*Geslacht*	*leeftijd*
Arts in WGC	Vrouw	30-40 jaar	Vpk in WGC	vrouw	30-40 jaar
Solo-arts met vpk in praktijk	man	50-60 jaar	Vpk bij solo-arts	vrouw	40-50 jaar
Arts in groepspraktijk zonder vpk	vrouw	30-40 jaar	Thuisvpk	vrouw	30-40 jaar
			Hoofdvpk in WZC	man	40-50 jaar

Tabel 1: Deelnemers
WGC = Wijkgezondheidscentrum, vpk= verpleegkundige, WZC = woonzorgcentrum

Data verzameling

Via de topiclijst die gebaseerd is op de resultaten van het literatuuronderzoek, werden bepaalde thema's aangebracht. Afhankelijk van de antwoorden van de geïnterviewde wordt dan verder in de diepte geëxploreerd.

De semigestructureerde interviews werden face-to-face afgenomen door de onderzoeker en opgenomen via audio-bestand. De interviews namen gemiddeld 30-45 minuten in beslag. Voor aanvang van het interview diende de deelnemer een informed consent te lezen en goed te keuren.

Data-analyse

Na afname werden vervolgens de interviews woord voor woord uitgetypt door de onderzoeker. Door deze eerste analyse werden al enkele gelijkenissen en verschillen duidelijk. Daarna werden de transcripten van de interviews ingeladen in NVivo, waarna een thematische analyse volgde. De transcripten werden gecodeerd volgens verschillende hoofdthema's, die duidelijk naar voor kwamen bij het afnemen en uittypen van de interviews. Nadien werden de quotes bij elke code afzonderlijk opnieuw nagelezen, waardoor een verdere verdieping in subcategorieën mogelijk werd.

Resultaten

Op basis van de analyse hebben we enkele hoofdthema's verkregen, zoals te zien in Figuur 1. Enkele van de hoofdthema's werden nog onderverdeeld in subcategorieën, gebaseerd op informatie die de deelnemers zelf aanbrachten tijdens de interviews.

Om een duidelijk antwoord te krijgen op de manier van samenwerking werd gepolst naar de relatie met de andere discipline. Zo werd een beeld verkregen van de nauwheid in relatie en de frequentie en intensiteit van het contact tussen de zorgverleners. Verder werden alle facetten van IPL bevraagd om een duidelijke vergelijking te kunnen maken tussen IPWPL in multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken. Er werd bij de deelnemers gepeild naar wat de kennis van elkaars takenpakket is, hoe ze verschillende IP-leermomenten ervaren. Daarnaast werd ook hun visie van hindernissen voor IPWPL en mogelijke oplossingen hiervoor bevraagd. Uiteindelijk werden alle deelnemers hun meningen gevraagd naar de invloed van IPL en het al dan niet samenwerken op dezelfde locatie.



Figuur 1: Thema's

Definitie IPL

Iedere deelnemer lijkt zich wel bewust te zijn van wat IPL betekent. Iedereen omschrijft IPL in zijn eigen woorden, maar zegt in grote lijnen hetzelfde. De verpleegkundige werkzaam in de huisartsenpraktijk omschreef het als volgt:

> *"Elk iemand heeft afhankelijk van zijn opleiding, zijn levenservaring een soort visie op zijn eigen job en ik denk dat wij zouden kunnen leren van een ander iemand hoe zij bepaalde situaties aanpakken. En dat we dat zelf dan kunnen meenemen in onze job."*

Relatie met de huisarts of verpleegkundige

Aangezien er voor deelnemers van deze interviews specifiek gezocht werd naar huisartsen en verpleegkundigen die goed met elkaar samenwerken, omschreven de meeste deelnemers hun relatie met de ander als goed. De 'externe' verpleegkundigen (thuisverpleegkundige en WZC-verpleegkundige) merkten wel op dat de goede samenwerking en communicatie voornamelijk bij de jongere generatie voorkomt, bij de oudere huisartsen durft de samenwerking wel eens stroef te verlopen.

> *"Vooral de jonge huisartsen, vind ik, die staan meer open voor goeie communicatie." (Thuisverpleegkundige)*

Alle zorgverleners geven ook het belang van vertrouwen aan. Vertrouwen vormt één van de fundamenten voor een goede samenwerking en is noodzakelijk voor IPL. Zowel huisartsen als verpleegkundigen gaven aan meer IP-leermomenten te ervaren bij zorgverleners die ze goed kennen en waarbij er een vertrouwensrelatie is. Hoe beter de relatie, hoe meer ze zich kwetsbaar durven op te stellen en aangeven dat bepaalde zaken niet gekend zijn. Op zo'n momenten wordt dan sneller hulp gevraagd of aangeboden.

> *"Ik zie onze relatie eigenlijk als een vertrouwde relatie, waarbij je met alle informatie en vragen terecht kan." (Verpleegkundige in een WGC)*

> *"We zijn ook heel laagdrempelig, ik hoop dat toch. Als er twijfel is hoop ik dat ze weten dat ze altijd mogen bellen. Liever zo dan dat ze bang zijn en er verkeerde dingen gebeuren hé." … "Ik denk dat hoe langer je bezig bent en elkaar beter leert kennen, dat je weet waarvoor je mag contact opnemen." (Huisarts in een groepspraktijk zonder interne verpleegkundige)*

Manier en frequentie van contact

De wijze van contact tussen huisartsen en verpleegkundigen verschilt enigszins tussen zij die samenwerken op één locatie en zij die vanop afstand met elkaar samenwerken. Enerzijds hebben de zorgverleners die naast elkaar samenwerken op dezelfde locatie meer fysiek contact. Anderzijds kiezen de zorgverleners die elk op hun eigen locatie werken meer voor niet-fysieke communicatiemanieren, zoals telefonisch contact, mailen, Siilo, WhatsApp, mijnWGK, weg-en-weerschriftjes, …

> *"Fysiek contact is makkelijker maar niet noodzakelijk." (Thuisverpleegkundige)*

De meeste deelnemers vinden het inderdaad niet noodzakelijk om fysiek contact te hebben. De communicatiemethodes waarbij er geen direct antwoord nodig is, zoals mail, Siilo en WhatsApp, worden bij velen als heel handig ervaren. Het grote voordeel is dat iedere zorgverlener kan kijken en antwoorden wanneer hij of zij er de tijd voor heeft. Door de grote werkdruk is het niet altijd gemakkelijk om elkaar telefonisch te contacteren. Voor dringende zaken of moeilijke problemen verkiezen zowel huisartsen als verpleegkundigen wel nog steeds telefonisch of fysiek contact.

Naast de wijze van contact verschilt ook de frequentie van contact. Zorgverleners die op dezelfde locatie samenwerken, vertelden frequenter contact te hebben met elkaar dan zij die niet op éénzelfde locatie samenwerken. Huisartsen en verpleging die op één locatie werken vermeldden dagelijks of bijna dagelijks contact te hebben met elkaar. De verpleegkundige in het WZC vertelde ongeveer een tweetal keer per week contact te hebben met de CRA (Coördinerend en Raadgevend

Arts in een WZC). Met de gewone huisartsen is het contact afhankelijk van arts tot arts. Sommigen komen maandelijks langs, anderen worden enkel gecontacteerd bij problemen. Volgens de thuisverpleegkundige hangt de frequentie van contact met de huisarts voornamelijk af van de pathologie van de patiënt.

> *"Bij aanhoudende problemen, in het geval van patiënten met bijvoorbeeld dementie zou dat bijna wekelijks zijn. Bij palliatieve patiënten sowieso wekelijks en soms zelfs dagelijks." (Thuisverpleegkundige)*

De huisarts werkzaam in een groepspraktijk zonder verpleegkundige, vermeldde ook bijna dagelijks contact te hebben met thuisverpleegkundigen. Zij volgt actief de verpleegkundige zorgen van haar patiënten op. Verder vertelde ze het volgende:

> *"Ook met het Wit-Gele Kruis bijvoorbeeld hebben we één keer om de drie maanden een overlegmoment. Dan komen zij naar hier en worden al onze patiënten overlopen." (Huisarts in groepspraktijk)*

In het WGC is er wekelijks overleg met het volledige multidisciplinaire team, waar de huisarts en verpleegkundige onderdeel van zijn. Verder vertelden zij in de praktijk elkaar al snel eens aan te spreken om een observatie over een patiënt te delen. In de huisartsenpraktijk met interne verpleegkundige is er ook wekelijks overleg, de verpleegkundige neemt hier echter niet aan deel. Tijdens het interview vertelde ze dit een gemis te vinden en dat ze hoopte in de toekomst hier meer bij aanwezig te kunnen zijn. Zij zag een meerwaarde in de enkele keren dat ze het overleg toch had meegevolgd.

Reden van contact

Verpleegkundigen en huisartsen die op afstand samenwerken nemen hoofdzakelijk contact op bij problemen. Daarnaast ook voor opvolging van bepaalde zaken, bijvoorbeeld wondzorg. Zorgverleners die op één locatie samenwerken vermeldden niet enkel voor problemen contact met elkaar te zoeken. Zij gaan ook sneller bepaalde observaties die ze tijdens de zorg opgemerkt hebben delen.

> *"Want je hebt toch op het overleg altijd wel momenten waarbij zij iets opgemerkt of gezien hebben, die jij niet gezien hebt. En daarvan leer je." (Huisarts WGC)*

Jobinhoud

Bij de vraag of de deelnemers elkaars jobinhoud ten volle kennen, kwam vaak een twijfelend antwoord. Algemeen denkt iedereen elkaars jobinhoud in grote lijnen wel te kennen. Maar er zijn aspecten van de job die veel tijd in beslag nemen waar de andere zorgverleners zich niet ten volle bewust van zijn. De verpleegkundigen vonden dat de huisartsen niet weten wat zij allemaal kunnen, maar gaven ook toe dat ze omgekeerd niet volledig wisten wat de huisarts allemaal doet. Enkel de thuisverpleegkundige gaf aan het gevoel te hebben volledig te weten wat het takenpakket van de huisarts inhoudt.

> *"Wel ik denk dat geweten is, sowieso het patiëntencontact, de labo's bekijken, contact opnemen. Maar ik denk dat het minder geweten is wat een groot stuk van de tijd opslorpt, het papierwerk, dossiers in orde houden. Zulke zaken. Ook materiaal bestellen, en zo. En*

contact met de families, gesprekken met de families. Dat neemt ook veel tijd in beslag en ik denk niet dat iedereen daarbij stilstaat." (Verpleegkundige in WZC)

Bij de huisartsen waren de meningen verdeeld. Toch was enkel de huisarts die samenwerkt met een verpleegkundige in de praktijk volledig overtuigd elkaars jobinhoud ten gronde te kennen.

"Ik wist wel wat haar waarden waren, wat ze deed, wat ze kon. Want dat is niet alleen technisch, ze kan heel goed met mensen praten. Eigenlijk vind ik van veel verpleegkundigen dat die een roeping hebben. Je zou nog verschieten wat die allemaal kunnen." (Huisarts in praktijk met verpleegkundige)

Bijna alle verpleegkundigen hadden het gevoel dat de huisarts hun kennis en kunde onderschat. In de interviews met huisartsen vertelden die echter allemaal dat ze onder de indruk zijn van wat verpleegkundigen allemaal kunnen.

"Ik denk dat de huisartsen soms weleens de kennis vanop het werkveld onderschatten. Dat ze niet allemaal overtuigd zijn van de kennis en de kunde van het personeel in een WZC. In een ziekenhuis gaan ze ervan uit dat de verpleegkundigen hoger gekwalificeerd zijn dan in een WZC, denk ik. Nu ook met heel de corona, het beeld dat ze van een WZC schetsten was meestal negatief. Ik denk ook dat er wel veel van die mening aangedaan zijn: in een WZC zitten ofwel uitgebluste verpleegkundige ofwel zij die te dom zijn om in een ziekenhuis te werken." (Verpleegkundige in een WZC)

"Ik denk dat sommige huisartsen denken dat wij enkel de was en de plas doen. Maar wij kunnen eigenlijk veel meer. Ik denk dat het ook te zien is welke verpleegkundige. Maar in ons team, wij specialiseren ons, wij doen enorm veel bijscholingen… Bijna alles wat ze in een ziekenhuis doen, kunnen wij aan huis doen. En dat zou ook ten goede komen van de patiënt." (Thuisverpleegkundige)

"En dan qua taken die zij mogen doen. Ja, ik verschiet er soms van wat zij allemaal mogen doen. Suprapubische sondes verwisselen bijvoorbeeld. Er zijn veel patiënten die daarvoor naar een dagziekenhuis gaan. Eigenlijk kan een verpleegster dat even goed hé." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)

Daarnaast gaven alle deelnemers aan nog nooit echt afgetoetst te hebben of de andere zorgverleners wel goed weten wat hun eigen takenpakket is, en omgekeerd ook niet. Meestal komt het toevallig uit dat iemand iets kan of niet kan.

Het belang van elkaars jobinhoud te kennen werd door verschillende deelnemers aangehaald. De verpleegkundige in het WGC zei er het volgende over:

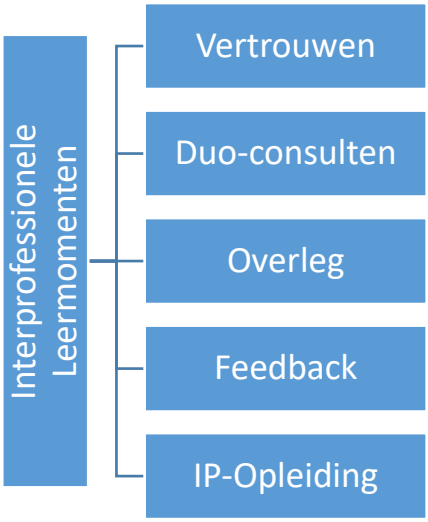
"Ik denk dat het zeker belangrijk is, omdat het een breder gala kan geven om elkaar te gaan aanvullen. Als je als verpleegkundige zicht krijgt op de taken van de huisarts, dan kun je ook sneller redeneren: waar kan ik de arts ontlasten, waar is het geschikte moment om dat te gaan doen en te bundelen. Omdat je meer beseft wat de arts op dat moment aan het doen is." (Verpleegkundige in WGC)

IP-Leermomenten

Iedereen heeft een duidelijk idee wat het begrip IPL betekent. Echter de vraag waar IPL voorkomt tijdens hun professionele leven, op de werkvloer, deed de meeste zorgverleners even nadenken. Uit

de interviews blijkt dat IPWPL in de eerstelijnszorg veelal toevallig gebeurt, en dat er maar weinig structurele IP-leermomenten vastliggen.

> *"Je leert iedere dag wel bij, dat is hetgeen wat ons beroep ook zo leuk maakt. Het gaat hem dan om die aandacht voor kleine zaken. En dat leer je dan voornamelijk door toevalligheden." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*



Figuur 2: IP-leermomenten

De huisartsen en verpleegkundigen die op dezelfde locatie samenwerken vermeldden frequenter IP-leermomenten te ervaren, of zijn zich bewuster van die leermomenten. Tijdens de interviews werd duidelijk dat het plaatsvinden van IPL heel erg afhangt van hoezeer de zorgverleners ervoor openstaan. Daarnaast hadden de meeste deelnemers het idee meer leermomenten te ervaren bij collega's waar ze een goed/vertrouwd gevoel bij hebben.

> *"Leermomenten vragen in mijn zin vertrouwen. Leermomenten zijn heel divers. Leermomenten zijn als je geconfronteerd wordt met een probleem en daar samen iets aan moet doen." (Huisarts in praktijk met verpleegkundige)*

Daarnaast is een duidelijk verschil merkbaar in IPL tussen huisartsen en verpleegkundigen, ongeacht hun manier van samenwerken. Verpleegkundigen denken in eerste instantie bij IP-leermomenten aan wat zij geleerd hebben van de huisarts. Zij zouden graag meer uitleg krijgen rond de keuze van therapie. Ook wensen ze beter zicht te krijgen op diagnostiek. Alle IPL rond deze thema's wordt als zeer interessant ervaren. Huisartsen zijn zich er ook van bewust dat verpleegkundigen hier het meest over willen/kunnen bijleren.

> *"Ik leer enorm graag bij en ik ben ook wel leergierig en nieuwsgierig. Ik wil graag weten wat er achter bepaalde dingen zit en waarom bepaalde waarden in het bloed zo zijn, en iemand bijvoorbeeld vasculitis heeft, enzoverder." (Thuisverpleegkundige)*

> *"(Antwoord op de vraag wat verpleegkundigen leren van de huisarts) Ik denk behandelingen op zich. Wat er bestaat van medicatie, zo'n dingen." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Huisartsen op hun beurt vertelden voornamelijk veel te leren uit de observaties van de verpleegkundigen. Zij zien patiënten vaak op een andere manier dan de huisarts en hebben meestal een intensiever contact met de patiënten. Zo hebben ze aandacht voor zaken waar de huisarts misschien geen weet van had.

> *"Het is ook omdat wij de bewoners elke dag zien. En als de arts er is durven ze zich al eens anders voordoen dan ze echt zijn." (Verpleegkundige in een WZC)*

> *"Vaak merken zij dingen op in de thuissituatie waar wij niet van op de hoogte zijn. Ik denk dat het zit in hoe zij soms zaken aanpakken. Dingen waar ik niet aan gedacht heb. Bijvoorbeeld als ze een bepaald dieet moeten volgen en de verpleegkundige zag dat er snoep in de kast zat. Zo'n dingen. En ik denk dat ze toch ook veel alerter zijn voor bepaalde zaken. Voor mij persoonlijk denk ik dan dat ik nog alerter moet zijn om bepaalde dingen op te vangen." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

> *"Ik denk wel, de manier waarop ik met de mensen omga, dat ze (de huisartsen) daar al iets van geleerd hebben. De manier waarop ik communiceer, want dat was in het begin wel iets waar de dokter van zei: amai, de manier waarop, de mensen voelen zich meteen op hun gemak bij jou." (Verpleegkundige in huisartspraktijk)*

Verder gaven artsen aan dat verpleegkundigen een grote bron van kennis kunnen zijn als het gaat om zaken als wondzorg of technische handelingen.

> *"Ik denk dat wij van de verpleegkundige meer zaken leren als in praktische tips en tricks. Zoals: hoe trek je een steunkous aan (lacht), observaties, hoe ga je om met een moeilijke patiënt die zorgen weigert. Hoe pakken zij zo'n dingen aan, hoe gaan ze daar communicatief mee om? En praktische dingen. En ik denk dat zij van ons meer de wetenschappelijke insteek, de meer theoretische kennis horen." (Huisarts in WGC)*

> *"Ik denk natuurlijk dat je de technische aspecten hebt. Bijvoorbeeld wondzorg: hoe je dat doet en welke materialen je daarvoor gebruikt. Deskundige wondzorg door de verpleging vind ik zelf ook nog altijd zeer interessant omdat je er dingen uit kunt leren. Dingen die je niet kent. Maar ook het sociale aspect vind ik heel belangrijk, dat er overleg gepleegd wordt. In de palliatieve setting of een oudere dame die nog alleen woont. Hoe gaan we dat omkaderen? Dat is niet alleen met de verpleegster, maar bijvoorbeeld ook met familiehulp. Dat je meer als team rond één persoon staat." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Tijdens de interviews werd ook het belang aangekaart dat IPL in twee richtingen werkt. Verschillende geïnterviewden vertelden dat ze een aangenaam gevoel kregen bij een mooie wisselwerking, waarbij ze zowel kunnen leren van als leren aan de ander. Patiëntenzorg is een teaminspanning en iedereen heeft zijn eigen inbreng in dat team, zoals hierboven al aangekaart. Eenrichtingsverkeer komt IPWPL niet ten goede.

> *"Bijvoorbeeld, ik heb vorig jaar twee keer een euthanasie bijgewoond van patiënten die ik kortstondig opgevolgd heb. En dan heb ik eigenlijk veel bijgeleerd van de huisarts in kwestie, die heeft mij veel uitgelegd. En dan op mijn beurt heb ik ook kunnen uitleg geven. Want die huisarts had nog nooit een poortkatheter aangeprikt, en die heeft mij dan gevraagd of ik dat kon tonen hoe het precies in zijn werk gaat. Ik vind dat eigenlijk heel tof dat die dat gevraagd heeft aan mij. Dat geeft een goed gevoel, en dan merk je dat ook de huisarts leergierig is, en meer wil weten over bepaalde handelingen." (Thuisverpleegkundige)*

Duo-consulten

Duo-consulten met huisarts en verpleegkundige werden vaak genoemd als IP-leermoment bij de zorgverleners die op éénzelfde locatie samenwerken. Volgens hen is dit het ideale moment om te leren wat elkaars job inhoudt. Ook wordt een beeld verkregen van hoe de ander met patiënten omgaat, hoe zij communiceren. De zorgverleners die vanop verschillende locaties samenwerken vermeldden dat ook zij IP-leermomenten hebben als ze toevallig eens samen bij de patiënt zijn. Bij beide groepen zijn die momenten echter niet frequent voorkomend. Het zijn toevallige IP-leermomenten.

> *"Je leert daar (duo-consulten) enorm veel van. Ik heb dat gemerkt toen onze nieuwe verpleegkundige opgestart is, dan ben ik een halve dag mee op de baan gegaan. Ja, je ziet en hoort en leert dingen van wat hun job inhoudt. Waarvan ik dacht: ah, amai, doe jij dat allemaal? Ook de manier waarop zij iemand overtuigen om in de douche te gaan, om hun kleren af te doen, te wassen, weer aan te kleden." (Huisarts in WGC)*

> *"Wanneer een huisarts je hulp of ondersteuning vraagt tijdens een consultatie, dan merk je duidelijk wat de wederzijdse aanvulling naar elkaar kan zijn en kan je elkaar goed aanvullen. Omdat er in sociale communicatie soms veel informatie zit die je als verpleegkundige niet te weten komt. Op het moment dat je als verpleegkundige zo'n gesprek kan meevolgen, kan je mee de redenering nemen waarom de arts een bepaalde beslissing heeft genomen. Dan sta je ook eens stil bij het psychosociale luik in de plaats dan enkel het fysieke. En als arts zien jullie dat veel breder." (Verpleegkundige in WGC)*

Daarnaast kan het samen consulten voeren ook besef met zich meebrengen, onder welke druk de ander soms moet werken. Waar zij allemaal rekening mee dienen te houden.

> *"In feite zou het wel goed zijn om mee te volgen met de arts. Dat je ook keer weet: oei, dat is toch ook niet evident om als arts dingen te doen. Dat houdt toch andere dingen in. Ik zit hier bijvoorbeeld niet onder tijdsdruk te werken." (Verpleegkundige in huisartspraktijk)*

Overleg

Overleg is vaak de enige vorm van IPWPL die structureel en actief ingepland wordt. Het is het ideale moment om met alle verschillende zorgverleners en disciplines samen te zitten. Op een multidisciplinair overleg (MDO) kunnen moeilijke casussen besproken worden, maar ook de teamsamenwerking. Zoals eerder vermeld, is het overlegmoment voor de zorgverleners in het WGC de grootste vorm van IPL. Het biedt hen ook de kans om individuele bijscholingen met het hele team te delen. De verpleegkundige in het WZC vertelde dat ook daar MDO's georganiseerd worden. Er zijn echter weinig huisartsen die ingaan op de uitnodiging, waardoor dit voor hem geen zo'n grote meerwaarde leek voor IPL. Hij kon er wel het potentieel van inzien, mochten meer huisartsen aanwezig zijn. Verder vond er bij de groepspraktijk van de huisarts zonder interne verpleegkundige driemaandelijks overleg plaats met het Wit-Gele Kruis, de grootste partner in de thuisverpleging. Hierop worden alle patiënten overlopen, en daarnaast wordt ook de samenwerking besproken.

Feedback

Feedback geven en krijgen kan een IP-leermoment zijn. In de eerstelijnszorg geven zorgverleners voornamelijk feedback over therapieën. De meeste huisartsen en verpleegkundigen vertelden dat ze wel openstaan voor feedback.

> *"Het is natuurlijk te zien op welke manier je die feedback geeft. Kritiek of opbouwende kritiek is een betere verwoording, maar ik denk dat het wel moet kunnen. En ik denk dat iedereen fouten maakt. Eigenlijk omgekeerd heb ik ook al gezien dat huisartsen fouten maken. Als je dat op een mooie manier aan huisartsen kan zeggen: bv. dokter kan het zijn dat je dit voorgeschreven hebt, maar die patiënt neemt al dit of dat, kan het zijn … Zoiets zou moeten kunnen aanvaard worden." (Thuisverpleegkundige)*

De meeste deelnemers vermeldden dat de manier waarop de feedback gegeven wordt even belangrijk is als de inhoud. Afhankelijk van de manier waarop het gebracht wordt, kan negatieve feedback als bekritiserend of opbouwend opgenomen worden. Zelfs bij huisartsen en verpleegkundigen die een goede relatie hebben, blijft feedback een heikel punt. Persoonlijkheid werd vaak als reden gegeven. Sommige deelnemers vertelden ook schrik te hebben om feedback te vragen. Omdat de kans bestaat dat iemand fouten en gebreken aankaart, terwijl men denkt dat alles goed gaat. En dan moet er nog rekening gehouden worden met de tijd en energie die nodig is, om die fouten en gebreken aan te pakken.

> *"Ik krijg zelf graag feedback. Ik weet dat dat soms wat moeilijker is om te verwerken of te plaatsen. Omgekeerd zelf feedback geven, merk ik dat niet alleen de inhoud van belang is, maar ook de manier van het te communiceren. Waarbij het soms aanvallend zou kunnen overkomen, terwijl dat helemaal niet de bedoeling is. En daarbij is het belangrijk om uitgebreid te gaan uitleggen wat je bedoelt. Het is niet de bedoeling om iemand met de vinger te gaan wijzen." (Verpleegkundige in WGC)*

> *"Het is zo raar, de draagkracht van één iets negatief, daar moet je bij wijze van spreken al drie positieve dingen voor zeggen." (Huisarts met verpleegkundige in de praktijk)*

Naast feedback over therapieën en patiëntenzorg kan feedback over de samenwerking een vorm van IPL zijn. Het Wit-Gele Kruis organiseert bijvoorbeeld overlegmomenten met huisartsen. Maar verder wordt dit niet zo vaak gedaan. De verpleegkundige in het WZC had er nog niet bij stilgestaan dat dit een mogelijkheid was.

IP-opleiding

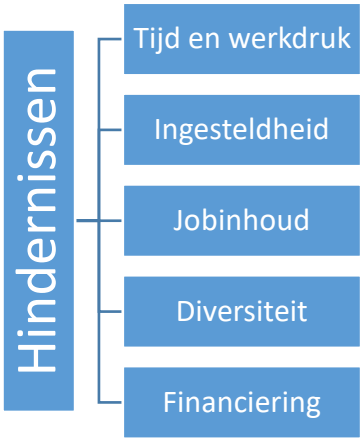
De meeste deelnemers hebben geen IP-opleiding gehad. De huisarts in de groepspraktijk zonder verpleegkundige had tijdens haar opleiding enkele weken 'netwerkstage' gehad. Hierbij had ze enkele dagen stage gehad bij apothekers, een labo en had ze ook enkele dagen meegevolgd met thuisverpleging. Ze merkte op dat het niet slecht zou zijn als arts-specialisten eens zouden meevolgen met thuisverpleging.

De huisarts in het WGC had een bijscholing gevolgd samen met apothekers (medisch farmaceutisch overleg) en een bijscholing met verpleegkundigen over wondzorg. Ze vertelde het jammer te vinden dat er niet meer multidisciplinaire bijscholingen georganiseerd worden. Niet alle deelnemers zagen de meerwaarde van een IP-opleiding in.

Hindernissen IPL

De grootste hindernissen voor IPWPL zijn tijd, werkdruk, de ingesteldheid van beide partijen, de invloed van hiërarchie, onvoldoende kennis van elkaars jobinhoud, grote diversiteit en het financiële aspect. Op deze onderwerpen wordt verder dieper ingegaan.

Daarnaast gaven sommigen toe gewoon onvoldoende inspiratie te hebben om een onderwerp te vinden dat zowel interessant is voor huisartsen als verpleegkundigen. Verder werd aangegeven dat er vaak te weinig stilgestaan wordt bij IPL en dat er nog te weinig besef is rond het gebeuren. Op heden is er nog maar weinig dialoog tussen zorgverleners over IPL en worden elkaars wensen en noden naar IPL toe niet of weinig gedeeld.



Figuur 3: Hindernissen IPL

Tijd en werkdruk

Tijd was bij alle deelnemers het grootste struikelblok voor IPL. Naast tijd bleek ook de algemene werkdruk een groot probleem te zijn als het aankomt op IPL. In de regio waar alle deelnemers werkzaam zijn, is er een groot huisartsentekort. Bijna alle praktijken hebben een patiëntenstop. Hierdoor hebben de huisartsen het vrij druk en de verpleegkundigen zijn hiervan op de hoogte. Maar ook bij verpleging is er een algemeen tekort en grote vraag (regio met veel ouderen), waardoor ook zij met een hoge werkdruk te kampen hebben.

> *"(Over IPL) Omdat er vaak ook geen kans toe is. En ik denk dat er ook tijdsgebrek is bij beiden daarvoor. Er is een groot tekort aan huisartsen in Oostende en wij weten dat als verpleegkundigen. Wij hebben soms zelf ook een tekort en te veel werk. Zodat er geen tijd is en geen tijd over is daarvoor." (Thuisverpleegkundige)*

> *"De hindernissen zijn vooral organisatorisch. Enerzijds het grote gebrek aan tijd. Je hebt soms artsen die hier als het goed gaat drie minuten binnen zijn. Omdat ze geen tijd hebben en soms ja, gewoon er geen tijd voor willen nemen. Om een keer wat dieper te vragen over de bewoner. Daarnaast is het ook moeilijk om in contact te komen met de huisarts. Niet alle huisartsen zijn telefonisch goed te bereiken." (Verpleegkundige in WZC)*

Verschillende deelnemers kaartten ook aan dat IPWPL meestal niet structureel ingepland is. Hierdoor is IPWPL vaak iets wat tussendoor gebeurt, toevallig. Het levert meestal geen onmiddellijk voordeel op voor de patiënt, waardoor zorgverleners er ook niet snel tijd voor gaan maken.

> *"Alles wat niet structureel in de agenda ingebouwd is en 'als we er eens tijd en goesting voor hebben, dan gaat het wel komen' is, dat verwatert. Dat komt in het begin omdat je erop focust, maar daarna verwatert dat. Je moet er eigenlijk echt een gedacht van maken. En daar ergens een verbintenis aan hangen. Nu is dat iets, je maakt daar niet structureel tijd voor, omdat het tijd en ruimte afneemt van de patiënt. IPL in de zin van: onder een onderwerp iets bijscholen, dat levert niet onmiddellijk een meerwaarde op. Dat is eerder op lange termijn, als dat dan een keer van pas komt" (Huisarts in WGC)*

> *"Ten eerste denk ik tijdsgebrek. Uiteindelijk moet je dat tussenin doen, of na de uren. Je hebt al een drukke dagtaak." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Ingesteldheid

Zoals al eerder vermeld is de ingesteldheid van beide partijen belangrijk voor IPWPL. Zowel de huisarts als de verpleegkundige moet openstaan om bij te leren en de tijd willen nemen om kennis te delen. Verschillende deelnemers vertelden dat op dit moment zorgverleners nog te vaak voornamelijk bezig zijn met hun eigen werk.

> *"De ingesteldheid van de partijen, is denk ik het geval bij huisartsen en verpleegkundigen ook. De ene doet graag zijn job en wil veel bijleren en anderen willen gewoon hun job doen en gewoon gedaan. Dat is een ingesteldheid, je kan daar niet echt een lijn doortrekken." (Thuisverpleegkundige)*

> *"Ik denk dat iedereen op zich nog een beetje te veel bezig is met zijn eigen werkveld. En niet breder kijkt dan zijn handel. Dat het daar nog het grootste probleem is." (Verpleegkundige in WZC)*

Een vertrouwensrelatie werd door alle deelnemers als essentieel benoemd. Toch blijft er, zelfs in een vertrouwensrelatie, een drempel aanwezig om de ander te contacteren en toe te geven iets niet te weten. Zo goed als alle deelnemers vertelden wat schroom te voelen om informatie te vragen. En de verpleegkundigen gaven aan dat zij hun kennis met de huisarts voornamelijk op vraag deelden. Spontaan hun kennis of expertise aanbieden gebeurt zelden.

> *"Vertrouwen: we zijn open boek. We zeggen wat we denken. Maar spijtig genoeg is de return er niet altijd. Ik vind het belangrijk dat men eerlijk is. Maar vaak durft men dat niet, want ze hebben schrik voor de reactie. Hoe kan een andere leren als hij niet weet wat hij verkeerd doet. Eerlijk zijn, daar wringt het schoentje vaak. Maar open communicatie blijft moeilijk en gevoelig." (Huisarts met verpleegkundige in de praktijk)*

> *"Er is ook een drempel om elkaar te bellen, voor hen of voor mij. Als je soms niet goed meer weet hoe iets werkt of ook al weer juist in elkaar zat. Op den duur weet je dat dat kan. In het begin was dat meer een drempel omdat ik vond dat ik me nog moest bewijzen. Maar ik ben van mening dat ik ook maar een mens ben, en samen weet je meer. Ik zie me eigenlijk ook niet echt als leider of zo, op vlak van IP-werken. Ik zie mezelf eerder als coördinator." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Weinig kennis jobinhoud

Uit het onderdeel IP-leermomenten leerden we al dat zorgverleners vaak niet volledig op de hoogte zijn van elkaars takenpakket, kennis en kunde. Dit zorgt voor hindernissen in IPWPL. Vaak gaan er IP-leermomenten verloren omdat bijvoorbeeld verpleegkundigen ervan uitgaan dat de huisartsen iets weten of kunnen. Of bijvoorbeeld dat huisartsen ervan uitgaan dat verpleegkundigen bepaalde kennis hebben, terwijl ze die niet bezitten. En dan kost het even veel tijd om het achteraf op te lossen als de tijd die het zou gekost hebben om uitleg te geven aan de verpleegkundige.

> *"En je staat er ook niet altijd bij stil wat een huisarts kent en wat wij weten." (Thuisverpleegkundige)*
>
> *"Op vlak van kunde, soms denk je: ik ga dit of dat bij de verpleegkundige zetten, en blijkt dat ze dan toch niet genoeg kunde voor hebben om dat dan aan te kunnen. En heb je dat mis ingeschat." (Huisarts in WGC)*
>
> *"Omdat ik zou bang zijn dat de arts denkt: ik kan dat ook, waarom moet ik zelf gaan meevolgen. Dan komt dat over alsof ik denk dat ik het beter ga kunnen dan de arts en dat is niet de bedoeling. Dus ik heb het dan liever dat de arts zelf vraagt om ondersteuning. Omdat het dan een andere invalshoek is." (Verpleegkundige in WGC)*

Diversiteit

Zowel huisartsen als verpleegkundigen zijn in grote mate vrij om te kiezen op welke manier ze hun job uitoefenen. Dit zorgt voor een grote diversiteit in aanpak. De meeste huisartsen hebben een eigen manier van werken. Er zijn veel verschillen in de thuisverpleging, elk WZC heeft zijn eigen aanpak… Dit vormt een hindernis voor IPWPL.

> *"Het zou het voor ons op zich wel wat makkelijker maken als het voor heel het WZC en voor alle artsen hetzelfde is. Niet bij de ene arts dit, en bij de andere dat. Dat maakt het extra ingewikkeld." (Verpleegkundige in WZC)*
>
> *"Maar het probleem is dat de thuisverpleging zodanig versnipperd is. En ik denk niet dat de huisartsen tijd hebben om met iedere organisatie of thuisverpleegkundige samen te zitten." (Thuisverpleegkundige)*
>
> *"Als ik dan zie dat bij de verpleging bijvoorbeeld bij wondzorg de ene dag iso-Betadine gebruikt wordt en dan de dag erna Flamigel. Ja dat werkt zo niet. Het is ook wel niet gemakkelijk voor hen, ik weet dat wel. Het Wit-Gele Kruis heeft nu wel hun app. Maar als ieder team hun eigen app ontwikkelt, wordt het wel een soepje." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Daarnaast zorgt het verschil in opleiding soms voor moeilijkheden. Niet iedereen volgt dezelfde richtlijnen.

> *"En soms ook een moeilijkheid: de artsen hebben een artsenopleiding diabetes, ik verpleegkundige info diabetes. Soms zitten er daar overlappende zaken in, maar soms zitten er zaken in die niet meegedeeld zijn naar de artsen toe. Of omgekeerd. In kader van voorschriften, voorschrijven, mensen plaatsen binnen een traject. Daar gebeuren er continu nieuwe wijzigingen in, en dan moet je dit opnieuw met elkaar afstemmen." (Verpleegkundige in WGC)*

Financiering

Het gebrek aan financiering is een hindernis voor de zelfstandigen in de deelnemersgroep. Op dit moment worden zelfstandigen niet of onvoldoende betaald om bijvoorbeeld deel te nemen aan multidisciplinaire overlegmomenten. IPL wordt vaak gezien als iets extra, na de uren. Het wordt niet gezien als iets dat meteen voor persoonlijke winst zal zorgen. Bij de zorgverleners die niet op dezelfde locatie werken neemt dan ook nog de verplaatsing tijd en geld in beslag om toch op één locatie samen te komen. De verpleegkundige in het WZC vermeldde dat er maar enkele huisartsen naar het MDO komen, omdat ze geen tijd hebben. De huisartsen in de groep vertelden dat het niet vergoed worden voor die overlegmomenten, ook een factor was.

Hiërarchie

Volgens de meeste deelnemers is er geen grote invloed meer van hiërarchie. De verpleegkundigen merkten op dat de meeste huisartsen, voornamelijk de jongere generatie, afgestapt zijn van het 'meneer dokteur' principe.

> *"De oudere huisartsen zijn daar iets minder happig op in dialoog gaan. Die zitten nog met het gevoel denk ik van 'meneer de dokteur' en jij bent maar een verpleegkundige. Ik ben dat ooit letterlijk gezegd geweest van een huisarts ooit." (Thuisverpleegkundige)*

Ook in de interviews was het enkel de oudere huisarts die verpleegkundigen omschreef als lager in rang. Maar ook deze arts heeft in de rest van het interview wel meerdere malen verteld hoeveel respect hij had voor verpleegkundigen.

> *"Ik blijf erbij dat je kunt blijven leren van gelijk wie. Het is niet omdat die lager staat op de ladder, dat je er niet meer van kunt leren." (Huisarts met verpleegkundige in de praktijk)*

Op de vraag of de verpleegkundigen zich soms minderwaardig voelen werd telkens "nee" geantwoord. Verpleegkundigen voelen zich niet lager op de ladder. Wel gaven sommigen in andere delen van het interview aan zich soms 'maar' de verpleegkundige te voelen. En blijkt het een drempel te zijn om kritiek te geven op een arts. De verpleegkundige in het WZC vertelde dat moeilijkheden met een huisarts doorgegeven werden aan de CRA om er iets aan te doen, maar dat er rechtstreeks aan de arts geen melding van gemaakt wordt. Ook het punt dat verpleegkundigen IPL zien als iets op vraag van de arts, toont dat hiërarchie toch nog zijn invloed heeft.

> *"Natuurlijk ga je wel makkelijker spreken met de huisartsen die je kent, en die weten hoe jij te werk gaat. Dan ga je makkelijker kunnen in communicatie gaan, dan inderdaad met huisartsen die zeggen dat jij 'maar' verpleegkundige bent. Maar ik voel mij daardoor niet 'maar' een verpleegkundige, ik laat mij daardoor niet de kop indrukken. En ik ga nog altijd proberen met andere huisartsen die ik niet ken in gesprek te gaan, ondanks negatieve ervaringen. Ik ben heel zelfzeker omdat ik ook veel bijscholingen doe. En ik weet wat ik doe en dus denk dat ik recht van spreken heb." (Thuisverpleegkundige)*

> *"Ik denk zo, ik ben aanvullend, zij zijn de dokter. Ik ben 'maar' de verpleegkundige. Niet dat ik me minderwaardig voel hoor." (Verpleegkundige in huisartspraktijk)*

De verpleegkundige in het WGC gaf aan dat het niet zozeer ging om hiërarchie arts-verpleegkundige, maar eerder werkgever-werknemer. Zij gaf aan minder een drempel te voelen bij de huisartsen die niet haar werkgever waren.

De huisartsen op hun beurt vonden dat de verpleegkundigen zeker in een gelijkwaardige positie zaten. Ze vertelden dat er een balans is. In sommige zaken nemen zij inderdaad het voortouw, maar in andere zaken zijn ze zeker bereid om de verpleegkundige te volgen. De nadruk ligt op samenwerken om de toestand van de patiënt te verbeteren.

> *"Als het gaat over medicatiebeleid en over een pathologie die moet behandeld worden, dan heb ik nog altijd het idee dat wij als arts daar de leiding in nemen. Maar als het gaat over de verzorging van de patiënt en het samen zorgen voor, heb ik wel de indruk dat we op gelijke voet zitten. Ik denk dat dat een groot onderscheid is. De vraagstelling komt van hen uit, waarop wij een antwoord moeten geven. Op die moment zit je een beetje in de leiderspositie, als je het zo mag noemen. Maar ook daar is er volgens mij opportuniteit voor feedback. Dat ze kunnen zeggen: ja maar, die pillen erbij, dan wordt het wel wat veel." (Huisarts in WGC)*

> *"De tijd van 'meneer dokteur' is gepasseerd. Ik denk dat die drempel wat lager is, niet dat één iemand de baas is. De verpleegkundige mag mij bij mijn voornaam noemen. Maar in het algemeen ook, wanneer je vermeldt dat je dokter bent gaan er deuren voor je open. Dat is iets waar ik me soms echt schuldig over voel." (Huisarts in groepspraktijk zonder verpleegkundige)*

Oplossingen IPL

Tijdens de interviews werden verschillende mogelijke oplossingen aangeboden om IPWPL te verbeteren.

Bewustwording

Zo goed als alle deelnemers erkenden dat ze maar weinig stilstaan bij IPL. Zorgverleners zijn zich vaak niet bewust van IP-leermomenten waardoor er soms opportuniteiten verloren gaan.

> *"Ik denk meer sensibiliseren. Dat er ook over nagedacht wordt dat er te weinig bij stilgestaan wordt. Op zich hoeft het niet lang te duren. Gewoon een woordje uitleg over bepaalde zaken is soms al een hele meerwaarde. Ik denk dat sensibiliseren wel een groot effect zou hebben." (Verpleegkundige in WZC)*

Veel deelnemers vertelden op het einde van de interviews dat ze in de toekomst zullen proberen om meer stil te staan bij IPL. En dat ze zullen proberen om meer actief IPL toe te passen.

> *"(Over toekomst) Meer feedback vragen rond samenwerking. Dat is iets waar ik nog niet bij stilgestaan heb. Dat is iets dat ik misschien bij de directie wel ga voorleggen." (Verpleegkundige in WZC)*

Uniformiteit

Verschillende deelnemers gaven de grote diversiteit aan als hindernis voor IPL, dus zien zij een oplossing in het krijgen van meer uniformiteit. De meeste deelnemers stelden voor om elkaars visie meer af te stemmen. Het is nodig om elkaar te leren kennen, een volledig beeld te krijgen van de andere discipline. Eigenlijk is dit op zich onderdeel van IPWPL.

Het kan een oplossing zijn om een meer overkoepelende visie te hebben. Zo is er bijvoorbeeld het voorstel van de thuisverpleegkundige om meer overkoepelende organisaties te hebben voor zelfstandige thuisverpleging: om in de thuisverpleging op zich meer uniformiteit te krijgen. Wat het voor de huisartsen makkelijker maakt om bijvoorbeeld overleg te plegen. De verpleegkundige in het WZC zag ook een oplossing in het beperken van aantal huisartsen voor de bewoners:

> *"Ik ben op zich ook wel nu wat voorstander van een beperkt aantal artsen binnen een WZC. Dat je bijvoorbeeld drie of vier CRA's hebt binnen een WZC en zij zien alle bewoners. Waardoor je ook meer frequent een overleg kunt inplannen, wat soms de werking wat vergemakkelijkt. Ik denk dat dat op zich wel het handigste is, een uniforme aanpak." (Verpleegkundige in WZC)*

De huisarts in het WGC stelde voor om meer rond specifieke casussen of onderwerpen het hele zorgteam van de patiënt samen te brengen (zoals een MDO) en iedereen zijn eigen ideeën te laten aanbrengen. Niet alleen huisartsen en verpleegkundigen maar ook maatschappelijk werker, kinesist, apotheker …

Een ander voorstel om de uniformiteit te verbeteren volgens de verpleegkundigen, zijn staande orders. Dit wordt vaak gebruikt in de ziekenhuissetting en is ergens een gemis in de eerstelijnszorg volgens de verpleegkundigen. Staande orders zouden voor een algemene aanpak kunnen zorgen en geeft de verpleegkundige meer autonomie. Zo wordt eventueel wat werkdruk van de huisarts weggenomen. De thuisverpleegkundige stelde voor om een werkgroep op te starten met verpleegkundigen en huisartsen om deze op te stellen. Ze merkte wel op dat het de bedoeling moet zijn om deze breed te implementeren, anders heeft het weinig zin.

> *"Want een goede samenwerking zou de tijdsinvulling en zorg voor de patiënten ten goede komen. Wij zijn eigenlijk de ogen van de huisarts." (Thuisverpleegkundige)*

Enkel de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk bij de solo-arts vond staande orders niet nodig. Bij de huisartsen bracht enkel de huisarts in het WGC de staande orders ter sprake.

Structureel ingeplande IP-leermomenten

Naast bewustwording en uniformiteit werd aangekaart dat er ook gewoon meer structurele IP-leermomenten moeten ingepland worden.

De verpleegkundigen die op dezelfde locatie samenwerken als de huisartsen, stellen voor om meer duo-consultaties in te plannen. Beide gaven aan dat ze in de toekomst zullen proberen om dit vaker zelf voor te stellen. Verder stelden sommige deelnemers voor om op meer regelmatige tijdstippen overleg te plegen met andere disciplines. Hier zijn het voornamelijk ook de zorgverleners die samenwerken op één locatie die overleg structureel inplannen als oplossing zien.

> *"Misschien moeten we eerder tijdens een overlegmoment vragen of er bepaalde zaken zijn die besproken moeten worden. En daar iets concreet nemen en zeggen: op dat moment gaan we dat verder uitwerken. Hoe staat de arts daar tegenover, hoe pakt de verpleegkundige dat*

aan. Hoe gaan we om met bepaalde problematieken. Ja, vanuit casussen dingen uitpikken om verder op in te gaan. Dat doen we misschien te weinig." (Huisarts in WGC)

IP-bijscholingen

Enkele zorgverleners brachten het idee aan om de bijscholingen IP te maken. Iedereen dient verplicht bijscholingen te volgen. Op dit moment worden die bijscholingen voornamelijk afzonderlijk georganiseerd en gevolgd. Dus zou het een meerwaarde kunnen zijn volgens sommigen, om rond bepaalde thema's bijscholingen te organiseren voor huisartsen en verpleegkundigen samen. De verpleegkundige in het WZC zou het bijvoorbeeld leerrijk vinden als een verpleegkundige uitleg komt geven aan de huisartsen. De huisarts in het WGC had het volgende voorstel:

"Ik denk wel, moesten er op stedelijk niveau dingen georganiseerd worden, dat dat wel interessant zou zijn. Bijvoorbeeld: namiddagen waar er rondetafelgesprekken georganiseerd worden tussen verpleegkundigen, artsen, kinesisten, apothekers, waarbij we specifieke onderwerpen aanreiken. Soort van interdisciplinaire LOK's (lokale kwaliteitsgroep). Of dat je bijvoorbeeld, zoals voor bepaalde LOK's, beroep kunt doen op experten. En dat je dit als praktijk ook kan. Dan kun je zeggen: Kijk, wij hebben een praktijk met artsen en verpleegkundigen en wij hebben een goeie samenwerking met een kinesist en apotheker in de buurt. Een keer om de zoveel maand kom jij een uurtje om ons IP te laten nadenken over iets. Maar ja, dat bestaat niet naar mijn weten." (Huisarts in WGC)

De huisarts in de groepspraktijk zonder verpleegkundige denkt dat IP-bijscholingen niet zoveel verschil zullen maken. Zij vindt het huidige aanbod al zo overvloedig. Zij stelde voor om meer met netwerkrecepties te werken. Volgens haar is het stukken makkelijker om iemand te contacteren als je elkaar persoonlijk kent. De huisarts met interne verpleegkundige had daar dezelfde mening over.

Financiering

Zoals eerder toegelicht is het gebrek aan financiering een struikelblok, zeker voor de zelfstandige zorgverleners. Zij denken dat een vergoeding voor IPL een stimulans zou kunnen zijn. Zo kan er effectief tijd gespendeerd worden aan bijvoorbeeld werkgroepen rond staande orders. Huisartsen zouden sneller overleg willen plegen met bijvoorbeeld thuisverpleging als er iets van financieel voordeel aanhangt. De huisarts in de groepspraktijk zonder verpleegkundige vond het ook belangrijk dat de overheid multidisciplinaire groepspraktijken gaat stimuleren. Ze haalde als voorbeeld de impulseopremie aan, die zal uitgebreid worden naar verpleegkundigen. Zo'n initiatieven worden positief onthaald in de eerstelijnszorg.

Samenwerking op dezelfde locatie

Over samenwerken op dezelfde locatie of op afstand meldden de meeste deelnemers dat het 'anders' is. Zo goed als alle deelnemers waren erover eens dat samenwerken op één locatie IPL vergemakkelijkt en dat men ook sneller contact legt met elkaar. Echter niemand die zich erover uitsprak of samenwerken op één locatie beter is voor IPL.

"Hoe dichter, letterlijk, de afstand dat geeft inherent een directere samenwerking. Maar ik zie dat niet als negatief of positief." (Huisarts in praktijk met verpleegkundige)

Discussie

Tijdens de interviews werd een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke invloed heeft de manier (intensiteit, frequentie…) van samenwerking tussen verschillende zorgverleners op IPL? Is er een verband tussen de nauwheid van samenwerking? Wordt IPL gefaciliteerd door een langdurig samenwerkingsverband?
- Wat is de invloed van de vorm van samenwerkingsverband? Komt er meer werkplekleren voor in multidisciplinaire praktijken? Zijn er verschillen in IPWPL tussen multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken?

Samenvatting resultaten

Zowel de huisartsen als de verpleegkundigen vinden vertrouwen heel belangrijk als het gaat over IP-samenwerking en IPWPL. Openstaan voor dialoog is stap één naar IPWPL. Hoe beter je elkaar kent, hoe makkelijker je contact gaat opnemen om vragen te stellen. Een vertrouwensrelatie is veel belangrijker dan op eenzelfde locatie werken, of fysiek contact te hebben, … Men kan stellen dat: hoe langer zorgverleners met elkaar samenwerken, hoe beter ze elkaar kennen en hoe groter die vertrouwensrelatie wordt, en door dat vertrouwen wordt IPWPL gefaciliteerd. Maar zorgverleners kunnen even goed langdurig samenwerken zonder een vertrouwensrelatie. Naast vertrouwen spelen persoonlijkheidsfactoren en karaktertrekken een grote rol in IPWPL.

Samenwerking op dezelfde locatie zorgt voor meer fysiek contact en vaak ook frequenter contact. Maar zowel de zorgverleners die vanop afstand werken als zij die onder hetzelfde dak samenwerken vinden dat dat op zich niet echt een meerwaarde voor IPWPL hoeft te zijn. Samenwerking op één locatie is een factor die ervoor zorgt dat IPWPL iets makkelijker plaatsvindt, maar het is geen garantie voor succes. Tijdens de interviews was er eveneens geen duidelijk verschil in attitude naar IPL toe merkbaar. Waarschijnlijk omdat er op dit moment zoveel valabele alternatieven voor fysiek contact zijn.

Bij zorgverleners die samenwerken onder één dak is er plaats om met elkaar contact te nemen zonder dat er zich grote problemen voordoen, terwijl dat bij de zorgverleners die op afstand werken niet zo heel vaak voorkomt. Bij hen stelt zich meestal eerst een probleem, en dan pas wordt de andere discipline gecontacteerd, waarbij leermomenten kunnen plaatsvinden. De zorgverleners die op één locatie samenwerken, hebben meestal een structureel multidisciplinair overleg ingepland. Terwijl dat in de andere groep veel minder is, maar ook daar wordt het af en toe wel georganiseerd. Dus we kunnen stellen dat er voor zorgverleners die samenwerken op éénzelfde locatie meer IP-leeropportuniteiten zijn, maar dat ze er eigenlijk onvoldoende gebruik van maken. Er zijn veel onbenutte mogelijkheden.

De verpleegkundigen geven aan dat ze het gevoel hebben dat huisartsen vaak onvoldoende weten wat zij allemaal kunnen. Ze geven aan dit ook nog niet vaak afgetoetst te hebben. Meer aftoetsen wat elkaars jobinhoud is, wat elkaars kennisveld is, dit zou een goede oefening in IPL zijn. Hier wordt echter op dit moment nog onvoldoende tijd en aandacht aan besteedt. En vaak is er bij de zorgverleners te veel schroom om de ander te vragen of vertellen wat hij/zij allemaal kan. Verpleegkundigen willen bijvoorbeeld graag weten waarom voor een bepaalde behandeling gekozen

is, maar durven hierover meestal geen uitleg te vragen. Hierdoor zijn de huisartsen niet op de hoogte van deze vraag en gaan zelf niet spontaan de uitleg geven.

Alle deelnemers gaven aan dat IPWPL in de eerstelijnszorg voornamelijk bestaat uit toevallige momenten. Het belang van IP samenwerken wordt door iedereen aangebracht. Echter, het besef van het belang van IPWPL en het belang hiervan voor die samenwerking en voor de goede patiëntenzorg, is in duidelijk mindere mate aanwezig bij de eerstelijnszorgverleners. Er zijn maar enkele zorgverleners die actief zoeken naar IP-leermomenten en die bewust IPWPL ervaren. De rest van de ondervraagde eerstelijnszorgverleners geeft zelf toe er (te) weinig bij stil te staan. In alle interviews werd er altijd vrij snel overgeschakeld op IP samenwerken en moest de focus op IPL meermaals hernieuwd worden.

De grootste hindernissen voor IPWPL in de eerstelijnszorg zijn tijd en werkdruk. Dit is zo ongeacht de manier van samenwerking. Hier is niet meteen een oplossing voor. De zorgnood wordt alsmaar groter, en de groep zorgverleners stijgt niet evenredig mee. Een financiële vergoeding voor IPL kan een stimulans zijn, maar lost het probleem van tijdsgebrek niet op. Hiërarchie wordt zowel door de huisartsen als verpleegkundigen niet (meer) als hindernis voor IPWPL gezien. Ze zien zichzelf als gelijkwaardig. Toch heeft elke verpleegkundige op een moment in het interview toegegeven zich ondergeschikt te voelen aan de huisarts. Bij de verpleegkundigen die in de huisartsenpraktijk werken, komt er ook nog eens bij dat de huisarts tevens de werkgever is, wat op zich een vorm van hiërarchie met zich meebrengt en toch voor een drempel zorgt.

De oplossingen die de verschillende deelnemers voorstelden lijken haalbaar, mits enige ondersteuning van de overheid of lokale initiatieven. Sensibilisering is de eerste stap, zodat zorgverleners zich meer bewust worden van alle IPWPL-momenten die reeds plaatsvinden. Financiering voor IPWPL kan een signaal van de overheid zijn dat IPL belangrijk is. Dit op zich kan leiden tot meer bewustwording.

Vergelijking literatuur

Zoals vermeld in de literatuur is de invloed van samenwerken onder hetzelfde dak op IPWPL discutabel. (6, 21) Uit de interviews blijkt niet dat IPWPL veel vlotter verloopt in multidisciplinaire praktijken. Er zijn meer opportuniteiten, maar de zorgverleners moeten nog altijd kiezen/de kans krijgen om deze te benutten. De eerstelijnszorg is een verzameling van individuen, die een poging doen om een zorgteam voor de patiënt te zijn. Maar zoals in de literatuur terug te vinden is: de karakters, competenties en organisatie van de teamleden speelt een grote rol. Er zijn veel verschillende visies aanwezig in de eerstelijnszorg over hoe IPL verbeterd kan worden, wat het implementeren van een globaal IPL-beleid in de eerstelijnszorg bemoeilijkt. (11)

De literatuur stelt tijd en hoge werkdruk als grootste hindernis voor IPWPL, dit wordt bevestigd in de interviews. (2, 11, 16) Ook het moeilijk overkomen van de grootste hindernissen van IPL, wordt zowel in de literatuur als in de interviews aangekaart. De meeste oplossingen die gegeven worden tijdens de interviews komen terug in de literatuur: meer bewustmaking van en aandacht voor IPL, meer educatieve IP-leermomenten organiseren, meer ondersteuning. In de interviews wordt als ondersteuning specifiek financiële ondersteuning benoemd, wat in de literatuur minder sterk naar voor komt.

Een verschil tussen de literatuur en de interviews is dat de literatuur onderstelt dat huisartsen minder teamgericht zouden zijn, dat zij nog meer met hiërarchie in gedachten zitten. (8, 16, 22)

Tijdens de interviews komt dit niet naar voor. De huisartsen waren stuk voor stuk teamgericht en zagen de verpleegkundigen als gelijkwaardig onderdeel van het team.

Sterktes en limitaties

De deelnemers werden zo gekozen dat zo goed als elke samenwerkingsvorm in de eerstelijnszorg vertegenwoordigd is. Er was een goede variatie in leeftijd, minder in geslacht, maar dit kadert enigszins in de vervrouwelijking van de eerstelijnszorg. Deze variatie zorgt voor een verhoging van de externe validiteit.

Er zijn naast sterktes ook enkele beperkingen te vermelden. Het betreft hier een kleinschalig onderzoek met slechts zeven deelnemers, deze waren allen werkzaam in dezelfde regio. De deelname was vrijwillig, en de deelnemers werden op vraag uitgenodigd om deel te nemen. Dit zorgt voor een selectie-bias. Daarnaast werden de interviews uitgevoerd door een huisarts(-in-opleiding), wat mogelijks andere antwoorden opgeleverd heeft dan zouden de interviews door een verpleegkundige uitgevoerd zijn. De meeste deelnemers waren gekend bij de interviewer, twee van de deelnemers werkten in dezelfde praktijk als de interviewer. Als laatste beperking kan vermeld worden dat de interviews plaatsvonden ten tijde van de covid-19 uitbraak, wat een zware belasting geweest is voor de (eerstelijns)zorg. Een periode van veel stress en hoge werkdruk. Mogelijks heeft dit ook zijn invloed gehad op de IP-samenwerking en IPL.

Conclusie

Samenwerken onder hetzelfde dak is geen garantie voor succesvol IPWPL. IPWPL hangt vooral af van de ingesteldheid van de zorgverleners. Onvoldoende vertrouwen, elkaar onvoldoende kennen, zorgt voor een drempel als het gaat over IPL. Een vertrouwensband kan gecreëerd worden zowel bij samenwerking op eenzelfde locatie als op afstand. Samenwerking op dezelfde locatie maakt IPL enigszins makkelijker omdat je frequenter contact hebt, maar is niet noodzakelijk.

IPWPL in de eerstelijnszorg wordt op dit moment bemoeilijkt door twee grote hindernissen: onvoldoende tijd en zich onvoldoende bewust zijn van IPL in al zijn facetten. Dit geldt zowel voor de multidisciplinaire groepspraktijken als voor de zorgverleners die op afstand met elkaar samenwerken. Het tijdsgebrek en de hoge werkdruk zijn factoren die moeilijk aan te pakken zijn en waar niet meteen een oplossing voor te vinden is. Bewustmaking van IPL en IPWPL is wel een haalbare oplossing. IPWPL gebeurt voornamelijk onbewust en impliciet, het is op dit moment veelal gebaseerd op toevalligheden. Een eerste stap naar meer en efficiënter IPWPL kan zijn om eerstelijnszorgverleners bewust te maken van het belang van IPL en de IP-leermomenten die reeds voorkomen op de werkvloer. Verder kan sensibilisering de zorgverleners ook stimuleren om leeropportuniteiten aan te grijpen en te benutten.

Referenties

1. Zorginstituut Nederland. (2016) Anders kijken, anders leren, anders doen. Commissie Innovatie Zorgberoepen en opleidingen.
2. Leedham-Green KE, Knight A, Iedema R. Intra- and interprofessional practices through fresh eyes: a qualitative analysis of medical students' early workplace experiences. BMC Med Educ. 2019 Jul, 19(1):287.
3. Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Gemma Cherry M, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. Med Teach 2018 Feb, 40(2):117-134
4. Tran C, Kaila P, Salminen H. Conditions for interprofessional education for students in primary healthcare: a qualitative study. BMC Med Educ 2018 Jun, 18(1):122
5. Weppner WG, Davis K, Sordahl J, Willis J, Fisher A, Brotman A, et al. Interprofessional Care Conferences for High-Risk Primary Care Patients. Acad Med 2016 Jun, 91(6):798-802
6. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. J Health Organ Manag. 2013, 27(1):134-42
7. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud. 2008 Jan, 45(1):140-53
8. Bunniss S, Kelly DR. 'The unknown becomes the known': collective learning and change in primary care teams. Med Educ. 2008 Dec, 42(12):1185-94
9. Ekmekci O, Sheingold B, Plack M, LeLacheur S, Halvaksz J, Lewis K, et al. Assessing Performance and Learning in Interprofessional Health Care Teams. J Allied Health 2015 Winter, 44(4):236-43.
10. Pype P, Wens J, Stes A, Grypdonck M, Eynden BV, Deveugele M. Patients' nursing records revealing opportunities for interprofessional workplace learning in primary care: a chart review study. Educ Health (Abingdon) 2014 Jan-Apr, 27(1):89-92.
11. Walker L, Cross M, Barnett T. Mapping the interprofessional education landscape for students on rural clinical placements: an integrative literature review. Rural Remote Health. 2018 May, 18(2):4336
12. Farrell TW, Supiano KP, Wong B, Luptak MK, Luther B, Andersen TC, et al. Individual versus interprofessional team performance in formulating care transition plans: A randomised study of trainees from five professional groups. J Interprof Care. 2018 May, 32(3):313-320
13. Lingard L, Sue-Chue-Lam C, Tait GR, Bates J, Shadd J, Schulz V. Pulling together and pulling apart: influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams. Heart Failure/Palliative Care Teamwork Research Group.Adv Health Sci Educ Theory Pract 2017 Dec, 22(5):1085-1099
14. Schmitt MH, Gilbert JH, Brandt BF, Weinstein S. The coming of age for interprofessional education and practice. Am J Med. 2013 Apr, 126(4):284-8
15. Pullon S, Fry B. Interprofessional postgraduate education in primary health care: is it making a difference? J Interprof Care. 2005 Dec, 19(6):569-78
16. Rees CE, Crampton P, Kent F, Brown T, Hood K, Leech M, et al. Understanding students' and clinicians' experiences of informal interprofessional workplace learning: an Australian qualitative study. BMJ Open. 2018 Apr, 8(4):e021238
17. Sordahl J, King IC, Davis K, Tivis R, Smith SC, Fisher A, et al. Interprofessional case conference: impact on learner outcomes. Transl Behav Med. 2018 Nov, 8(6):927-931

18. Atwal A. Interprofessional learning interventions: championing a lost cause?. Evid Based Nurs. 2018 Apr, 21(2):32-33
19. Joynes V, Kerr M, Treasure-JonesT. Exploring informal workplace learning in primary healthcare for continuous professional development. Educ Prim Care. 2017 Jul, 28(4):216-222
20. Martin P, Pighills A, Burge V, Argus G, Sinclair L. Promoting Interprofessional Education and Collaborative Practice in Rural Health Settings: Learnings from a State-Wide Multi-Methods Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18: 5162
21. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. Diabetes Metab Res Rev. 2008 May-Jun, 24(Suppl1) S106-9
22. Bunniss S, Gray F, Kelly D. Collective learning, change and improvement in health care: trialling a facilitated learning initiative with general practice teams. J Eval Clin Pract. 2012 Jun, 18(3):630-6
23. Lutfiyya MN, Brandt BF, Cerra F. Reflections From the Intersection of Health Professions Education and Clinical Practice: The State of the Science of Interprofessional Education and Collaborative Practice. Acad Med. 2016 Jun, 91(6):766-71
24. Martin A, Manley K. Developing standards for an integrated approach to workplace facilitation for interprofessional teams in health and social care contexts: a Delphi study. J Interprof Care. 2018 Jan, 32(1):41-51
25. Pearson D, Pandya H. Shared learning in primary care: participants' views of the benefits of this approach. J Interprof Care. 2006 Jun, 20(3):302-13
26. Sangaleti C, Schveitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 Nov, 15(11):2723-2788
27. Wang Z, Feng F, Gao S, Yang J. A Systematic Meta-Analysis of the Effect of Interprofessional Education on Health Professions Students' Attitudes. J Dent Educ 2019 Dec, 83(12):1361-1369

Bijlagen:

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1.	TITEL VAN HET ONDERZOEK

INTERPROFESSIONEEL WERKPLEKLEREN IN DE EERSTELIJNSZORG: ERVARINGEN VAN HUISARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN DIE NAUW MET ELKAAR SAMENWERKEN

2.	GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM:PROF. PYPE PETER
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN / VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 28
- FAX: …
- E-MAIL: PETER.PYPE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: SARA WILLEMS

3.	GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: DEKEYSER LISE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478/794927
- E-MAIL: LISE.DEKEYSER@UGENT.BE

4.	GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: HELSMOORTEL ALISON
- ADRES: GELIJKHEIDSSTRAAT 1, BUS 001, 8400 OOSTENDE

- TELEFOONNUMMER: 059/70 37 00
- E-MAIL: ALISON.HELSMOORTEL@WGCDEHOEK.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- NIET VAN TOEPASSING

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01-11-2021 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30-04-2022

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ INTERVIEW

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

De laatste jaren is gezondheidszorg steeds complexer geworden. Er zijn meer chronisch zieke patiënten. Mensen leven langer, en leven langer met verschillende chronische aandoeningen, ze nemen een hele lijst chronische medicatie en de zorgnood stijgt. Om deze patiënten de beste zorg te kunnen bieden, komen er veel zorgverleners in hun leven. (Mertens 2018, Tran 2018, Weppner 2016). Er wordt meer ingezet op een multidisciplinaire aanpak van gezondheid. De individuele zorgverlener is onderdeel geworden van de patiënt zijn zorgteam. (Bunniss 2008, Pype 2014, Weppner 2016)

Om deze multidisciplinaire en interdisciplinaire aanpak te implementeren, dienen zorgverleners interprofessioneel onderwezen te worden. (Bunniss 2008, Tran 2018, Weppner 2016) Interprofessioneel leren (IPL) zorgt ervoor dat zorgverleners elkaar beter begrijpen, beter weten wat de ander zijn job inhoudt. Met als uiteindelijke doel om betere kwaliteit van zorg te kunnen bieden. (Tran 2018, Pype 2014)

IPL werd ruim onderzocht in academische setting. Volgens de WHO zullen studenten die samen met andere studenten van verschillende disciplines les gekregen hebben, meer openstaan om in hun verdere carrière interprofessioneel samen te werken (Tran 2018) Ook buiten de academische setting vindt IPL plaats. Interprofessioneel werkplekleren komt frequent voor, zowel informeel als formeel. (Mertens 2018) Onderzoek toonde reeds het nut aan van interprofessioneel werkplekleren, maar er is nog onvoldoende gekend over IPL in de eerstelijnszorg. (Bunniss 2008, Tran 2018, Weppner 2016)

In deze masterproef willen we wat dieper ingaan op interprofessioneel werkplekleren in de eerstelijnszorg. We weten vanuit de literatuur dat interprofessioneel leren leidt tot een betere interprofessionele samenwerking. Maar over de invloed van de samenwerking op het interprofessioneel leren is nog maar weinig onderzocht (Bunniss 2008, Tran 2018)

Via semigestructureerde interviews met zorgverleners uit de eerstelijnszorg, willen we antwoord vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Welke invloed heeft de manier van samenwerking tussen verschillende zorgverleners op IPL? Is er een verband tussen de nauwheid van samenwerking? Wordt IPL gefaciliteerd door een langdurig samenwerkingsverband?
- Wat is de invloed van de vorm van samenwerkingsverband? Komt er meer werkplekleren voor in multidisciplinaire praktijken (samenwerking onder 1 dak)? Wat zijn de verschillen in werkplekleren tussen multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken?

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen, zouden we huisartsen en verpleegkundigen interviewen. Zij zijn belangrijke vertegenwoordigers van de eerstelijnszorg en werken vaak nauw samen. We gaan voor dit onderzoek op zoek naar zorgverleners die het gevoel hebben reeds goed samen te werken.

Er zouden 6-8 zorgverleners geïnterviewd worden. De zorgverleners worden via een informatiebrief uitgenodigd om deel te nemen. We contacteren eerst de huisartsen en zoeken via hen verpleegkundigen waar ze nauw mee samenwerken. De bedoeling is de interviews op audio-bestand op te nemen en nadien te analyseren. In bijlage de informatiebrief, informed consent en een topiclijst voor de interviews.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 6-8

D. LEEFTIJD : 22-70 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA DE HUISARTSENKRING WORDEN ENKELE HUISARTSEN GECONTACTEERD VOLGENS HUN PROFIEL (SOLO-ARTS, ARTS WERKEND IN GROEPSPRAKTIJK, ARTS WERKEND IN EEN MULTIDISCILPINAIRE GROEPSPRAKTIJK). AAN HEN WORDT DAN GEVRAAGD OM ENKELE VERPLEEGKUNDIGEN DOOR TE GEVEN WAAR ZE VAAK/NAUW MEE SAMENWERKEN. DEZE WORDEN DAN UITGENODIGD OM DEEL TE NEMEN AAN DIT ONDERZOEK.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ JA

MONDELING :

❑ JA

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ JA

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ JA

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEE

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NIET VAN TOEPASSING

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ NEEN

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☐ NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 22.10.2021
NAAM : Dekeyser Lise
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 22/10/21
NAAM : Alison Helsmoortel
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 28/10/2021
NAAM : Prof dr Peter Pype
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR: NIET VAN TOEPASSING

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 29 oktober 2021
NAAM : Prof.dr. Sara Willems
HANDTEKENING :

Prof.dr. Sara Willems

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Bijlage 2: Informatiebrief deelnemers: uitnodiging

Geachte collega's

In het kader van mijn masterproef had ik graag uw aandacht voor volgend onderzoek in verband met interprofessioneel leren.

Interprofessioneel leren (IPL) krijgt de laatste jaren een steeds grote rol in de gezondheidszorg.

Onderzoek heeft aangetoond dat IPL, waarbij verschillende disciplines samen met en van elkaar leren, een positieve invloed heeft op interprofessionele samenwerking. Goede interprofessionele samenwerking zou zelfs leiden tot een positieve invloed op patiëntenzorg. Gezien de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg, is de nood aan multidisciplinaire zorg beginnen stijgen.

Onderzoek naar IPL kadert voornamelijk in de academische setting. Er is echter nog maar weinig onderzoek naar IPL in de klinische setting, het zogenaamde interprofessionele werkplekleren.

In deze masterproef spitsen we ons toe op interprofessioneel werkplekleren in de eerstelijnszorg. We beperken de deelnemerspopulatie tot huisartsen en verpleegkundigen. Zij hebben een grote rol in de eerstelijnszorg en werken vaak nauw samen.

Volgende onderzoeksvragen zijn de uitgangsvragen van de studie:

- Welke invloed heeft de manier van samenwerking tussen verschillende zorgverleners op IPL? Is er een verband tussen de nauwheid van samenwerking? Wordt IPL gefaciliteerd door een langdurig samenwerkingsverband?
- Wat is de invloed van de vorm van samenwerkingsverband? Komt er meer werkplekleren voor in multidisciplinaire praktijken (samenwerking onder 1 dak). Zijn er verschillen in werkplekleren tussen multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken?

Het onderzoek verloopt via interviews, die semigestructureerd zullen verlopen. Deze zouden 60-90 min van uw tijd in beslag nemen. Indien u wenst deel te nemen aan het onderzoek zal u gecontacteerd worden om een afspraak te maken voor afname van het interview. Deze worden opgenomen om achteraf uit te schrijven en te analyseren.

Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Indien u toestemt om deel te nemen en later toch verandert van idee kunt u op elk moment stoppen. Er worden verschillende vragen gesteld, maar u bent niet verplicht te antwoorden.

Deze masterproef staat onder supervisie van Prof. Peter Pype aan de universiteit Gent. Het onderzoek is goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische ethiek verbonden aan UZ Gent.

Voor verdere info kunt u contact opnemen via telefoon 0478 794 927 of mail lise.dekeyser@ugent.be.

Bijlage 3: Informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie:
Interprofessioneel werkplekleren in de eerstelijnszorg: ervaringen van huisartsen en verpleegkundigen die nauw met elkaar samenwerken

Beste,

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 zijn/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
U werd uitgenodigd voor diepte-interviews in het kader van mijn masterproef over interprofessioneel leren (IPL).
IPL krijgt de laatste jaren een steeds grote rol in de gezondheidszorg. Onderzoek heeft aangetoond dat IPL, waarbij verschillende disciplines samen met en van elkaar leren, een positieve invloed heeft op interprofessionele samenwerking. Goede interprofessionele samenwerking zou zelfs leiden tot een positieve invloed op patiëntenzorg. Gezien de toenemende complexiteit van de gezondheidszorg, is de nood aan multidisciplinaire zorg beginnen stijgen.
Onderzoek naar IPL kadert voornamelijk in de academische setting. Er is echter nog maar weinig onderzoek naar IPL in de klinische setting, het zogenaamde interprofessionele werkplekleren.
In deze masterproef spitsen we ons toe op interprofessioneel werkplekleren in de eerstelijnszorg. We beperken de deelnemerspopulatie tot huisartsen en verpleegkundigen. Zij hebben een grote rol in de eerstelijnszorg en werken vaak nauw samen.
Volgende onderzoeksvragen zijn de uitgangsvragen van de studie:
Welke invloed heeft de manier van samenwerking tussen verschillende zorgverleners op IPL? Is er een verband tussen de nauwheid van samenwerking? Wordt IPL gefaciliteerd door een langdurig samenwerkingsverband?
Wat is de invloed van de vorm van samenwerkingsverband? Komt er meer werkplekleren voor in multidisciplinaire praktijken (samenwerking onder 1 dak). Zijn er verschillen in werkplekleren tussen multidisciplinaire teams en bijvoorbeeld zorgverleners die enkel sporadisch met elkaar samenwerken?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een diepte-interview. Het interview zal ongeveer 60-90 minuten van uw tijd in beslag nemen.
Het interview zal doorgaan ofwel virtueel ofwel in de regio Oostende op een locatie en op een moment dat U schikt.

We vragen de toestemming om het interview op audiobestand op te nemen en nadien letterlijk uit te tikken. Doel van deze opnames is om een analyse te maken van het interprofessioneel leren dat voorkomt uit dit project. Tot deze audiobestanden zullen enkel onderzoekers van het onderzoeksteam van prof. Pype toegang hebben. Alle opnames worden twintig jaar bewaard en nadien vernietigd. U heeft de mogelijkheid om een het transcript van uw interview of focusgroep na te lezen en toevoegingen of aanpassingen te doen binnen de twee weken na ontvangst van dit transcript.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. 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. Pype Peter

TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.
Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven

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 inzichten in interprofessionele zorg en samenwerking; en op langere termijn mogelijks een positief effect hebben op de zorgverlening.

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 en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.
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. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 30 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Dr. Pype Peter. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers 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.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

VERZEKERING

De opdrachtgever 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 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken over deelname en ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder de reden hiervoor te argumenteren.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake. Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent 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 zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. 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 heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Bijlage 4: Beslissing Ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Peter Pype
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11185	NVT	18/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"INTERPROFESSIONEEL WERKPLEKLEREN IN DE EERSTELIJNSZORG: ERVARINGEN VAN HUISARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN DIE NAUW MET ELKAAR SAMENWERKEN - Manama Lise Dekeyser"

B.U.N.: NVT

- Begeleidende brief dd. 22/10/2021 (ontvangen dd. 04/11/2021)
- Adviesaanvraagformulier DEKEYSER LISE dd. 29/10/2021 (ontvangen dd. 4/11/2021)
- Interview Guide versie 1 dd. 22/10/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd. 22/10/2021 voor de deelnemers

Advies werd gevraagd door: prof. dr. Peter Pype

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 17/11/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/11/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 17/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/11/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

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

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 17/11/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

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

Bijlage 5: Topicgids

- Exposure:
  - Hoe vaak kom je in contact met huisarts-verpleegkundige
  - Op welke manier werkt u samen, hoe verlopen de contacten?
  - Hoe goed kent u huisarts-verpleegkundige?
  - Hoe goed kent u inhoudelijk de job van huisarts-verpleegkundige?

- Interprofessioneel Leren
  - Eigen idee van wat IPL is
  - Waar leermomenten?
    - Passief vs. actief
  - Rolmodel?
  - Interdisciplinaire opleiding gevolgd?

- Hindernissen
  - Waar ervaart u moeilijkheden?
  - Welke noden?
  - Wat gaat goed, wat kan beter?