Interprofessionele samenwerking binnen VZP

Silke Francq, universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Fien Mertens, universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2023]

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

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

VOORWOORD

Deze masterproef huisartsgeneeskunde werd opgesteld in het kader van het behalen van mijn diploma huisartsgeneeskunde. Dit werk bood mij de mogelijkheid om mij verder te verdiepen in het onderwerp vroegtijdige zorgplanning en in het bijzonder rond de interprofessionele communicatie rond dit onderwerp. Het tot een goed einde brengen van deze masterproef bracht de nodige uitdagingen met zich mee. Ik wil dan ook mijn promotor Prof. Dr. Pype en co-promotor Dr. Mertens bedanken voor het aanleveren van het onderwerp en de opbouwende kritiek tijdens het uitwerken van deze masterproef.

Ten slotte zou ik ook mijn ouders en partner willen bedanken voor hun steun en bijdrage bij het uitschrijven van dit werk.

Inhoudsopgave

ABSTRACT **1**

INLEIDING **2**

METHODOLOGIE **5**

LITERATUURONDERZOEK 5

VELDONDERZOEK 6

Onderzoeksdesign *6*

Deelnemers en settings *6*

Datacollectie *6*

Data-analyse *7*

RESULTATEN **8**

LITERATUURONDERZOEK 8

Resultaten datacollectie *8*

Algemeen *8*

Definitie vroegtijdige zorgplanning 8

Tijdstip VZP-gesprek 9

Opbouw VZP-gesprek 9

Interprofessionele samenwerking binnen VZP *10*

Algemeen 10

Visie patiënt 11

Visie arts 12

Algemeen 12

Oncologen 13

Huisarts 13

Visie verpleegkundigen 14

Overige zorgverleners 15

Kinesitherapeuten 15

Sociaal werk 15

Registratie VZP-gesprek 15

VELDSTUDIE 16

Onderzoekspopulatie *16*

Beschrijving resultaten veldonderzoek *16*

Is er samenwerking aanwezig binnen VZP? 16

Vertrouwensband tussen hulpverleners 18

Rol van persoonlijke ervaring 19

Tijd 19

Kennis 20

Nomenclatuur 21

Heldere communicatie: de term VZP 21

Rol/initiator VZP 21

Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP? 22

Telefonisch contact 22

Contact via SMS/apps/gemeenschappelijk dossier 23

Contact via de patiënt 24

Persoonlijk contact 25

Brief 26

MOC-vergadering 26

Tijdstip contactname 27

Beleving VZP 27

Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP? 28
Toekomst interprofessionele samenwerking 30

DISCUSSIE 32

BESLUIT VELDONDERZOEK 32

TERUGKOPPELING LITERATUUR 32

Is er samenwerking aanwezig binnen VZP? 32

Oorzaken gebrek aan samenwerking binnen VZP 33

Vertrouwensband 33

Persoonlijke ervaring/gebrek aan kennis 33

Financiering 34

Rolverdeling/initiator VZP-gesprek 34

Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP? 35

Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP? 35

STERKTES STUDIE 36

ZWAKTES STUDIE 36

ALGEMEEN BESLUIT 37

REFERENTIELIJST 38

BIJLAGE 1 : BEVOLKINGSPIRAMIDE 41

BIJLAGE 2: TOPIC GUIDE 42

BIJLAGE 3: PROTOCOL 43

BIJLAGE 4: GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ 45

BIJLAGE 5: INFORMATIEBRIEF DEELNEMERS 47

BIJLAGE 6: TOESTEMMINGSFORMULIER 48

Abstract

Inleiding: Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is niet weg te denken in de gezondheidszorg en specifiek in de eerste lijn. VZP wordt gedefinieerd als communicatie tussen een zorgverlener en de patiënt waarbij de toekomstige zorgdoelen besproken/gepland worden. Hierbij baseert men zich op wat de patiënt als een kwaliteitsvol leven/zorg ziet. VZP wint aan belang door de vergrijzende bevolking en evoluerende geneeskunde. Het vormt een actueel thema binnen de huisartsgeneeskunde. Dit weerspiegelt zich in het doorvoeren van een nomenclatuurnummer rond VZP, educatie,… Niet alles over VZP is reeds gekend. Zo werd de interprofessionele communicatie onvoldoende geëxploreerd. Het belang hiervan wordt onderstreept door de richtlijn VZP van pallialine. Hier wordt gesteld dat het uitwisselen van relevante info tussen hulpverleners essentieel is bij een VZP-gesprek. Onderzoek toonde aan dat interprofessionele samenwerking de kwaliteit van de zorg verbetert, het stressniveau reduceert en een positieve werkomgeving faciliteert. Dit deed de onderzoeksvraag ontstaan.

Doelstelling: Deze masterproef had als doel de interprofessionele samenwerking binnen VZP te exploreren. Volgende onderzoeksvragen werden opgesteld: is er samenwerking aanwezig binnen VZP? Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP? Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP?

Methode: Een verkennende literatuurstudie schetste een algemeen beeld rond VZP, in het bijzonder rond interprofessionele samenwerking. Vervolgens werd dit verder geëxploreerd door een veldonderzoek. Er werden 15 semigestructureerde interviews (huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, oncologen en sociaal werkers) afgenomen. Deze interviews werden geanalyseerd volgens de QUAGOL (=the qualitative analysis guide of Leuven) methode.

Resultaten: De deelnemers geven aan dat er weinig interprofessionele samenwerking is binnen VZP. Er wordt weinig contact opgenomen met andere hulpverleners rond VZP. Ook komt VZP binnen het teamoverleg van een bepaalde discipline niet aan bod. Verschillende factoren worden aangehaald als een mogelijke verklaring voor het gebrek aan interprofessionele samenwerking. De vertrouwensband tussen hulpverleners en persoonlijke ervaringen rond VZP blijken essentieel voor de samenwerking. Bijkomend lijken een gebrek aan tijd, kennis, een initiator van een VZP-gesprek een verklaring voor het gebrek aan interprofessionele samenwerking. Ook ontbreekt er een goed omlijnde financiering voor samenwerking en VZP wat leidt tot het niet uitvoeren van VZP-gesprekken.

Indien er interprofessionele samenwerking rond VZP tot stand komt, geeft men de voorkeur aan telefonisch contact. Men communiceert ook via de patiënt met andere disciplines. Er worden ook andere communicatiemiddelen gesuggereerd: *sms/whatsapp, sillo,…*.

Het gebrek aan samenwerking roept soms frustraties en eenzaamheid op bij de hulpverleners. Indien er samenwerking plaatsvindt, wordt dit als positief ervaren en roept het een gevoel van samenhorigheid op.

Conclusie: Op heden is er weinig tot geen interprofessionele samenwerking binnen VZP. Verschillende verklarende factoren worden aangehaald (gebrek aan tijd/kennis, vertrouwensrelatie ,…). Hoewel er op heden weinig samenwerking plaatsvindt, staan de hulpverleners hier wel positief tegenover en wensen ze dit in de toekomst verder uit te bouwen. Verder kwalitatief onderzoek is nodig om de nog aanwezige barrières en bevorderende factoren in kaart te brengen.

Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een onderwerp binnen de gezondheidszorg en specifiek binnen de eerste lijn dat niet meer weg te denken is. VZP wordt namelijk gedefinieerd als een vorm van communicatie tussen een zorgverlener en de patiënt waarbij de toekomstige zorgdoelen van de patiënt besproken en gepland worden. Hierbij baseert men zich op wat de patiënt als een kwaliteitsvol leven en kwaliteitsvolle zorg ziet [1-4]. Vroegtijdige zorgplanning kan dus beschreven worden als een proces dat ertoe bijdraagt dat zorgen die niet conform de wensen van de desbetreffende patiënt zijn, vermeden worden. Een gegeven dat in de huidige samenleving van belang is.

We worden immers geconfronteerd met een vergrijzende bevolking. Dit wordt weerspiegeld in onze Vlaamse leeftijdspiramide. Deze vertoont namelijk een zware top en een smalle basis, wat duidelijk een verouderende bevolking weergeeft. De leeftijdsgroep van 55-59-jarigen kan dan ook gezien worden als de grootste groep binnen onze Vlaamse bevolking. Zo was 20% van de bevolking in 2020 65 jaar of ouder [5]. Deze leeftijdspiramide kan teruggevonden worden in bijlage 1. De vergrijzing van de maatschappij stelt uitdagingen voor ons huidig gezondheidssysteem. Zo groeit de nood naar chronische zorg, extra middelen,… Deze extra noden creëren niet enkel een druk op het gezondheidssysteem qua haalbaarheid van voorzieningen, maar zorgt ook voor een financiële uitdaging. Mede door dit gegeven komt er meer nadruk te liggen op vroegtijdige zorgplanning, met als doel een kwalitatieve zorg te verrichten op het einde van het leven. Het doel van vroegtijdige zorgplanning is namelijk vroegtijdig een zorgplan samen met de patiënt op te stellen dat aangepast is aan zijn of haar wensen [1].

Er vond eveneens een evolutie plaats binnen de gezondheidzorg. Een toename aan diagnostische en therapeutische middelen leidden tot een toename in therapeutische mogelijkheden op verschillende gebieden van de zorg. Dit gegeven zou meer kwantitatieve dan kwalitatieve therapeutische opties tot stand kunnen brengen bij een specifieke groep van patiënten. Vroegtijdige zorgplanning is hierbij van belang. Door VZP-gesprekken te voeren met de patiënt kan de zorg afgestemd worden conform de wensen van de desbetreffende patiënt. Bij het aangaan van dergelijke gesprekken zijn er nog enkele barrières aanwezig. Zo dient men een juist tijdstip voor het ter sprake brengen van dit begrip te kiezen. Men dient eveneens rekening te houden met de emoties/wensen van de patiënt en de emoties/ideeën van de desbetreffende zorgverlener. De huisarts wordt door de literatuur als de initiator van een VZP-gesprek naar voor geschoven. De goed onderbouwde vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt omwille van het nauwe contact en langdurige opvolging wordt als hoofdreden voor het aanduiden van de huisarts als initiator van het VZP-gesprek aangehaald [1-3]. Bijkomend is het een onderwerp dat onder de aandacht van de huisartsen gebracht wordt. Zo werd er recent een Webinar georganiseerd rond VZP, een samenwerking tussen Domus Medica en palliatieve zorg. Daarnaast werd er recent eveneens een nieuw nomenclatuurnummer goedgekeurd, waarbij het voor de huisarts mogelijk wordt een honorarium aan te rekenen in het kader van VZP. Dit toont dus aan dat VZP een actueel thema vormt binnen de huisartsgeneeskunde [1,6-7]. Vanuit dit standpunt groeide dan ook de interesse om een masterthesis rond dit onderwerp uit te werken.

Algemeen kan er gesteld worden dat er gezien het actuele karakter van VZP binnen de huisartsgeneeskunde, al veel onderzoek verricht werd naar dit onderwerp en dit zowel nationaal als internationaal [1, 6-9]. Toch is niet alles over dit onderwerp reeds volledig uitgewerkt en gekend. Zo

werd de manier waarop er op interprofessioneel vlak omgegaan wordt met VZP nog onvoldoende geëxploreerd [8-9]. Tot op heden werd er vooral gefocust op de rol van de huisarts, maar wat met bijvoorbeeld de thuisverpleegkundige, familiehulp, sociaalassistent, tweede lijn gezondheidszorg (oncologen, geriaters,…), … Deze zorgverleners vervullen immers eveneens een cruciale rol in de omkadering en zorg van de patiënt binnen de eerste lijn. Dit zorgt ervoor dat ook deze zorgverleners een beeld hebben en krijgen rond de wensen van de patiënt. De patiënt gaat immers soms een meer open gesprek aan met de zorgverlener die dagelijks bij hen langsgaat dan met de huisarts die bijvoorbeeld maandelijks over de vloer komt. Dit gegeven kan gekaderd worden in het feit dat interprofessionaliteit meer de norm wordt in de gezondheidszorg [1, 6-11].

Onder de term interprofessionele samenwerking begrijpt men zorgverleners van verschillende disciplines die samen een team vormen in het leveren van de beste zorg voor de patiënt. Het vertegenwoordigt dus een manier van werken waarbij er gebruik gemaakt wordt van de unieke vaardigheden en expertise die elke individuele zorgverlener bezit [10]. Er wordt gesteld dat een interprofessionele samenwerking het aantal fouten kan verminderen, de kwaliteit van de zorg verbeteren, het stressniveau onder zorgverleners reduceren en een positieve werkomgeving faciliteren [11]. De vraag kan dus gesteld worden, waarom ondanks dit perspectief interprofessionele samenwerking nog niet aanwezig is binnen VZP. In deze thesis zal dit deelgebied binnen VZP onderzocht worden aan de hand van een inleidende literatuurstudie en vervolgens een veldonderzoek.

Ook de communicatie naar de tweede lijn rond VZP heeft nood aan verdere exploratie: bereikt de besproken informatie rond VZP tussen de huisarts en de patiënt de specialistische geneeskunde, hoe wordt hiermee in tweede lijn omgegaan? Elementen die van groot belang zijn in de verdere zorg/opmaak en respecteren van een VZP bij de patiënt. Dat interprofessioneel samenwerken/ communicatie tussen hulpverleners rond VZP van belang is, wordt onderstreept door de richtlijn VZP terug te vinden op pallialine [1]. Hier wordt immers gesteld dat bij het opstellen en uitvoeren van VZP er zes stappen gevolgd dienen te worden. Stap 5 hiervan houdt het communiceren van relevante elementen uit het VZP-gesprek naar andere betrokken zorgverleners in. Deze richtlijn samen met boven aangehaalde argumenten deed de onderzoeksvraag naar interprofessionele samenwerking rond VZP ontstaan.

Deze masterproef had als doel de interprofessionele samenwerking binnen VZP te exploreren. Hierbij werd er eerst aan de hand van een verkennende literatuurstudie een algemeen beeld geschetst van het begrip VZP. Vervolgens werd er in dit literatuuronderzoek extra aandacht besteed aan VZP en interprofessionele samenwerking. Zo werd er een overzicht gegeven rond de huidige stand van zaken in het kader van samenwerking binnen dit domein. Na dit verkennende literatuuronderzoek en het benoemen van de huidige sterktes en tekortkomingen, wensten we in deze masterproef de huidige stand van zaken rond samenwerking binnen VZP te exploreren aan de hand van een veldonderzoek. Om dit te verwezenlijken, werden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

-Is er samenwerking aanwezig binnen VZP?
-Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP?
-Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP?

Dit type van onderzoeksvragen vroeg een kwalitatieve onderzoeksopzet. Hier werd er gewerkt aan de hand van semigestructureerde interviews. De doelgroep bestond uit huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten werkzaam in de eerste lijn, sociaal werkers en oncologen werkzaam in de tweede lijn. Er werd voor deze doelgroep gekozen aangezien deze hulpverleners nauw betrokken zijn bij een mogelijks palliatieve setting en overigens vaak met elkaar in overleg treden.

Huisartsen worden immers gezien als de centrale hulpverlener in de zorg van de patiënt in de eerste lijn, waardoor deze groep essentieel was om te betrekken bij het exploreren van interprofessionele communicatie op het gebied van VZP. Vervolgens werd er gekozen om thuisverpleegkundigen en kinesitherapeuten te betrekken in dit onderzoek aangezien deze gezondheidsmedewerkers dagelijks of op regelmatige basis bij de patiënt thuiskomen. Dit biedt hen de gelegenheid inzicht te krijgen in de leefomgeving van de patiënt, de relatie tot familieleden, het standpunt/inzicht van de patiënt tegenover zijn gezondheidstoestand en de wensen naar mogelijke zorgdoelen toe. Door het frequente contact, wordt er eveneens een sterke vertrouwensrelatie opgebouwd tussen deze zorgverlener en de patiënt. Dit kan ertoe leiden dat het voor de patiënt een minder grote drempel is om een gesprek rond VZP met de verpleegkundige te bespreken. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid dat de patiënt zijn standpunt tegenover een gevoerd gesprek met een andere zorgverlener in het kader van VZP deelt met de thuisverpleging. Daarnaast beschikken thuisverpleegkundigen over medische kennis, wat hen in staat stelt de gezondheidstoestand nauwgezet op te volgen in samenspraak met de huisarts. Een goede communicatie tussen arts en verpleegkundige rond VZP is dus sterk aangewezen [1,8-11].

Vervolgens werden de sociaal werkers werkzaam in de ziekenhuissseting betrokken in het onderzoek, gezien die hulpverleners zowel in contact treden met de eerste als tweede lijn. Daarnaast lijkt VZP voor deze hulpverleners een belangrijke rol te spelen in hun werkgebied [12-13]. Binnen de tweede lijn werd er vervolgens ook contact gezocht met 3 artsen die vaak met VZP geconfronteerd worden. Hier ging de voorkeur naar de dienst oncologie. Gezien er in deze setting normaalgewijs een VZP-gesprek plaatsvindt [1,8-11].

Door de ervaringen van deze hulpverleners te exploreren werd er een antwoord geformuleerd op de beschreven onderzoeksvragen. Hierbij werd er gepoogd om de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, en de samenwerking binnen de eerste lijn tussen verpleegkundigen, huisartsen en kinesitherapeuten in beeld te brengen in het kader van VZP.

Methodologie

Literatuuronderzoek

Om een algemeen beeld te verwerven rond de term vroegtijdige zorgplanning, werd er in eerste instantie onderzoek verricht naar bestaande richtlijnen. Hierbij werd er ten eerste op zoek gegaan naar Nederlandstalige richtlijnen gepubliceerd door NHG en Domus Medica. Bij deze zoekopdracht werden volgende zoektermen gehanteerd: *vroegtijdige zorgplanning*, *voorafgaande zorgplanning* en *advance care planning*. Vervolgens werd er eveneens onderzoek verricht naar internationale richtlijnen. Hier werden volgende databases geraadpleegd: GIN en NICE. Bij deze zoektocht werden volgende zoektermen gehanteerd: *advance care planning, advance directive communication*. Indien mogelijk werd er ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode om bijkomende richtlijnen te weerhouden.

Vervolgens werden volgende databases geraadpleegd: *pubmed*, *web of science* en *embase*. De opbouw van de literatuurstudie kan onderverdeeld worden in twee onderzoeksvragen: wat houdt de term VZP in het algemeen in? En wat is de huidige stand van zaken rond interprofessionele samenwerking binnen VZP beschreven in de literatuur? Om een antwoord te kunnen bieden op het eerste deel van de literatuurstudie, werd er als eerste stap onderzoek verricht naar de term VZP in algemene bewoording. Bij het doorzoeken van de verschillende databases werden volgende zoektermen toegepast: *advance care planning*. Deze zoekterm werd als *free text* ingegeven, en dit om de resultaten zo breed mogelijk te houden. Vervolgens werden er enkele limitaties ingesteld. Zo werden artikelen vanaf het publicatiejaar 2000 geïncludeerd, en dit om een zo recent mogelijk beeld van de reeds gepubliceerde artikelen te verkrijgen. Bijkomend werden enkel artikelen met als hoofdtaal Nederlands, Frans en Engels weerhouden. Gezien het doel van deze zoekopdracht het verkrijgen van een algemeen beeld rond VZP was, werd er beperkt tot *systematische review* artikelen. Vervolgens werden enkel de reviews waarvan een volledige tekst beschikbaar was weerhouden. De resultaten werden verder teruggebracht door de reviews te screenen op basis van titel en abstract. Vervolgens werden de artikelen volledig gelezen en werd het definitief aantal reviews weerhouden

Vervolgens werd er gezocht naar artikelen op dezelfde databases met als doel interprofessionele samenwerking binnen VZP verder te exploreren. Er werd op dezelfde manier te werk gegaan als hierboven beschreven. Volgende termen werden als *free text* gebruikt: *advance care planning interprofessional collaboration*; *advance care planning interdisciplinary communication; advance directive communication interprofessional; advance directive communication interdisciplinary communication; advance directive communications cooperation*. Daaropvolgend werden volgende *Mesh-termen* toegepast: *advance care planning and interprofessional relations, advance care planning and interdisciplinary communication; advance care planning and communication*.

Er werd geen filter geplaatst op het type artikelen. Artikelen vanaf het jaar 2000 en in het Engels, Frans en Nederlands met een volledig beschikbare tekst werden weerhouden. De bekomen artikelen via deze zoekwijze werden gescreend op basis van titel en abstract en het lezen van het volledige artikel, zo werden de uiteindelijke artikelen die dienden als basis van het literatuuronderzoek weerhouden.

Veldonderzoek

Onderzoeksdesign

Om een antwoord te formuleren op de eerder opgestelde onderzoeksvragen, werd er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet aan de hand van interviews. Het doel was namelijk om een beeld te verkrijgen van de ervaringen van hulpverleners rond interprofessionele samenwerking binnen VZP.

Deelnemers en settings

Binnen deze master na master thesis, werd er gekozen om vijf categorieën van zorgverleners te betrekken in het onderzoek. De doelgroep bestond uit huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten werkzaam in de eerste lijn, artsen uit de tweede lijn (oncologen) en sociaal werkers werkzaam in de ziekenhuissetting. Er werd gekozen om te beperken tot deze vijf disciplines na het in kaart brengen van de zorgverleners die nauw bij de zorg van een patiënt staan in een mogelijks toekomstige palliatieve setting. Er werd bijkomend geopteerd om zorgverleners die op regelmatige basis in overleg treden met de huisarts te bevragen rond dit onderwerp.

Binnen de doelgroep werden er steeds 3 hulpverleners per discipline geïnterviewd aan de hand van *face to face*-interviews. Er werd gepoogd een zo heterogeen mogelijke populatie op te stellen qua leeftijd, regio en praktijkvorm. Zo werd er steeds geopteerd om hulpverleners werkzaam in diverse teams/ziekenhuizen/praktijkorganisaties te includeren om selectiebias te vermijden. Alle hulpverleners waren werkzaam in de regio West-Vlaanderen, in een straal rond Oostende, de regio waar de onderzoeker op het ogenblik van het uitwerken van deze master na masterthesis werkzaam was.

Bij de beslissing om 3 hulpverleners per discipline te interviewen werd er rekening gehouden met de haalbaarheid van het project voor de onderzoeker.

Datacollectie

De onderzoeksgroep werd per mail en telefonisch gerekruteerd. De onderzoeker maakte als eerste stap een overzicht van de hulpverleners werkzaam binnen de gewenste disciplines in de regio op. Hierbij werden 26 huisartsen, 18 kinesitherapeuten, 16 thuisverpleegkundigen, 6 oncologen en 4 sociaal werkers per mail en/of telefonisch gecontacteerd. Daarnaast werden er ook kandidaten weerhouden na het toepassen van de sneeuwbalmethode. Bepaalde hulpverleners konden namelijk de onderzoeker in contact brengen met collega's die eveneens mogelijk interesse hadden in dit project. Op deze wijze werden de 15 beoogde hulpverleners geïncludeerd in deze studie.

Hierbij werd er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde *face to face*-interviews. Het toepassen van *face to face*-interviews maakte het mogelijk om dieper in te gaan op de ervaringen, percepties en ideeën bij de deelnemers. Ook de non verbale emoties die zorgverleners uitten bij het interview konden op deze manier waargenomen worden. Bij het afnemen van gesprekken via telefoon of papier zou dit ontbreken.

Er werd gebruik gemaakt van een *topic guide*. Deze *topic guide* bevatte topics gericht op VZP in het algemeen en topics specifiek gericht op VZP en samenwerking. Deze topics werden opgesteld na het uitvoeren van het literatuuronderzoek. Deze *topic guide* diende als leidraad bij het afnemen van de interviews. De *topic guide* is terug te vinden in bijlage 2. Volgende algemene topics werden

opgesteld: kennis/vertrouwdheid begrip VZP, definitie VZP, zelf toepassen VZP, gevoelens die men ervaart tegenover VZP. Na een algemeen kader rond VZP bevraagd te hebben, werd er aandacht geschonken aan samenwerking. Hier werden volgende topics opgesteld: samenwerking op heden rond VZP, visie van collega's tegenover VZP, contactname andere hulpverleners, wijze van contactname. Ten slotte werd er gepeild naar hoe de hulpverlener VZP in het algemeen en interprofessionele samenwerking in het bijzonder beleeft.

Alle interviews werden afgenomen tussen februari 2022 en februari 2023. Voor de start van het interview werd er info gegeven over het onderzoek en werd er een geïnformeerde toestemming ondertekend.

1 gesprek vond online aan de hand van *microsoft teams* plaats, omwille van de toen geldende COVID-restricties en de wens van de deelnemer. De overige interviews vonden steeds plaats op een locatie naar keuze van de deelnemer. De interviews namen gemiddeld 20 tot 40 minuten in beslag. Alle interviews werden opgenomen met een *Iphone 11*. Vervolgens werden deze spraakopnames getranscribeerd in *microsoft word*. Ten slotte werd de verkregen data verder geanalyseerd.

Data-analyse

De verkregen data werd verder geanalyseerd met de QUAGOL (=the qualitative analysis guide of Leuven)-methode als basis [14]. Hierbij werden de verschillende stappen die de QUAGOL-methode typeren doorlopen. Zo werd als eerste stap de interviews verschillende malen herlezen met als doel een holistisch begrip van de ervaringen/het beschreven verhaal van de geïnterviewde persoon te verkrijgen.

Vervolgens werd er een *narrative interview report* opgesteld. Hieronder begrijpt men het opmaken van een samenvattingen rond de hoofdlijnen van het interview. Hierbij focust men zich op wat de essentiële karakteristieken van het verhaal van de geïnterviewde persoon zijn die kunnen bijdragen tot een beter inzicht in de onderzoeksvragen. Bij het opstellen van een dergelijk *narrative interview report* werden de specifieke bewoordingen van de geïnterviewde gebruikt.

Vervolgens werd er een *conceptual interview scheme* opgesteld. Hier werden de concrete ervaringen van de geïnterviewde hulpverlener vervangen door concepten. Vervolgens werden in stap 4 de interviews herlezen om na te gaan of de opgestelde concepten de belangrijkste items weerspiegelden. Indien nodig werd het conceptenschema aangepast. Vervolgens werden in stap 5 de concepten verder aangepast door het herlezen van alle interviews en het vinden van nieuwe en gemeenschappelijke concepten doorheen alle interviews als een geheel.

In de volgende stappen werd er aan de hand van de opgestelde concepten, algemene codes weerhouden. De verschillende interviews werden herlezen met de algemene codes in het achterhoofd, zo werden alle interviews aan de hand van deze opgestelde codes gecodeerd. Deze codes weerspiegelden de items die kunnen bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Binnen het onderdeel literatuurstudie zal er een kort overzicht geschetst worden rond wat men begrijpt onder vroegtijdige zorgplanning. Hierbij zullen ook enkele algemene kenmerken van een gesprek vroegtijdige zorgplanning besproken worden. Vervolgens zal er dieper ingegaan worden op de rol van interprofessionele samenwerkingen binnen dit domein.

Resultaten datacollectie

Bij de zoektocht naar richtlijnen rond VZP werd de richtlijn van pallialine bekomen bij de zoekopdracht naar richtlijnen gepubliceerd door NHG en Domus Medica. Vervolgens kon er 1 bijkomende richtlijn weerhouden worden na het raadplegen van GIN en NICE. Vervolgens werden er via de sneeuwbalmethode 2 bijkomende internationale richtlijnen geïncludeerd.

Vervolgens werd de database *pubmed* geraadpleegd met als doel publicaties rond VZP in het algemeen te bekomen. Na het doorvoeren van de term *advance care planning* als *free text* leverde dit 15.918 zoekopdracht op. Na het enkel includeren van artikelen vanaf het publicatiejaar 2000 werden de resultaten beperkt tot 11.975. Hierop volgend werden enkel artikelen met als hoofdtaal Nederlands, Frans en Engels weerhouden. Dit beperkte het aantal resultaten tot 11.384. Na het enkel weerhouden van systematische review artikelen werden 238 artikelen behouden. Vervolgens werden enkel de reviews waarvan een volledige tekst beschikbaar was weerhouden. Zo werden er 230 resultaten bekomen. Deze resultaten werden tot 19 reviews teruggebracht op basis van titel en abstract. Na het volledig lezen van deze 19 resultaten, werden er 7 reviews weerhouden. Deze zoekstrategie werd vervolgens toegepast in de databeses *web of science* en *embase*. Dit leverde echter geen bijkomende artikelen op.

Na het lezen van deze reviews werd er aan de hand van de sneeuwbalmethode 5 artikelen weerhouden die toegepast waren op interprofessionele samenwerking in het kader van VZP.

Ten slotte werden dezelfde databases als hierboven geraadpleegd om publicaties rond interprofessionele samenwerking binnen VZP verder te exploreren. Na het doorvoeren van de zoekopdracht beschreven in de methodologie werden er 31 artikelen weerhouden. Deze artikelen werden gescreend op basis van titel en abstract en het lezen van het volledige artikel, zo werden 14 artikelen uiteindelijk behouden.

Algemeen

Definitie vroegtijdige zorgplanning

VZP kan gedefinieerd worden als een vorm van communicatie tussen een zorgverlener en de patiënt waarbij de toekomstige zorgdoelen van de patiënt besproken en gepland worden. Hierbij baseert men zich op wat de patiënt als een kwaliteitsvol leven en kwaliteitsvolle zorg ziet. Vroegtijdige zorgplanning kan dus gedefinieerd worden als een proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en 1 of meer zorgverleners. Waarbij de besproken doelen eveneens steeds aangepast kunnen worden in functie van de wensen en gezondheidstoestand van de patiënt [1-4].

Dit gesprek kan dan gebruikt worden bij het nemen van beslissingen rond de zorg aan het levenseinde van de patiënt. En dit ook indien de persoon in kwestie niet meer zelfstandig in staat is zijn wensen te verwoorden [1-4].

Tijdstip VZP-gesprek

Belangrijk hierbij op te merken is dat dergelijke gesprekken niet louter toegepast mogen worden bij patiënten die zich in de palliatief-terminale fase van het leven bevinden. De vraag kan dan gesteld worden: wanneer dient een VZP-gesprek dan aangehaald en opgestart te worden? Een vraag zonder eenduidig antwoord. Richtlijnen bereiken hieromtrent geen consensus. De literatuur is het wel eens over het feit dat in volgende situaties het steeds aangewezen is een VZP-gesprek op te starten met de patiënt [1] :

- Op vraag van de patiënt, familie of zorgverlener (o.a. naar aanleiding van het stellen van een ernstige diagnose)
- Naar aanleiding van een acute achteruitgang van een chronische ziekte
- Alle situaties die kunnen leiden tot wilsonbekwaamheid
- Na opname in een woonzorgcentrum
- Naar aanleiding van een ziekenhuisopname
- Bij de start van palliatieve zorg

Er kan dus besloten worden dat er geen duidelijk omschreven tijdslijn aanwezig is rond de opstart van een VZP-gesprek. Er wordt echter wel in de literatuur aangegeven om dit gesprek tijdig op te starten. Het tijdig aangaan van een dergelijke zorgplanning, kan leiden tot voordelen rond de zorg van de patiënt. Dit gegeven zou namelijk kunnen resulteren in een eenvoudigere toegang tot de palliatieve zorg, tot stimulatie van communicatie tussen patiënt, familie en arts… Vervolgens zou het eveneens een grotere tevredenheid teweegbrengen bij zowel de patiënt als de familieleden. Ten slotte zou het tijdig aangaan van een VZP-gesprek kunnen leiden tot meer kwalitatieve zorg op het einde van het leven. Dit zou eveneens geassocieerd zijn met minder agressieve zorg in de laatste levensfase [1,15-16].

Opbouw VZP-gesprek

De richtlijn gepubliceerd door pallialine stelde een duidelijk en gefaseerd plan op die als leidraad gebruikt kan worden bij het voeren van een VZP-gesprek [1,17]. Deze luidt als volgt:

- Het in kaart brengen van opvattingen rond ziekteverloop, waarden en zorgvoorkeuren van de patiënt met aandacht voor de nodige emotionele ondersteuning.
- Het onderwerp VZP ter sprake brengen en de patiënt erover informeren.
- Het vertalen van waarden naar zorgdoelstellingen.
- Het opstellen van een zorgplan met het aanduiden en betrekken van een vertegenwoordiger, het documenteren in het patiëntendossier.
- Het communiceren van de relevante elementen naar andere betrokken zorgverleners.
- Het herzien en updaten van het zorgplan.

Hieruit kan dus besloten worden dat de communicatie met andere zorgverleners een centraal punt inneemt in het doorlopen van een VZP-gesprek. Dit gegeven kan men beschouwen als een vorm van interprofessionele samenwerking.

Algemeen

Interprofessionele samenwerking is aanwezig in elke tak van de geneeskunde, studies specifiek gericht op deze vorm van samenwerking binnen VZP zijn echter zeer schaars in de literatuur. Onderzoeken binnen het domein van de palliatieve zorg, waar het belang van een VZP naar voor komt, tonen wel aan dat interprofessionele samenwerking centraal staat. Personen opgenomen in de palliatieve zorg worden namelijk geconfronteerd met een multidimensionale vorm van lijden. Dit vergt een multidisciplinaire benadering om de noden en wensen van de desbetreffende patiënt in te vullen [18].

Zorgverleners erkennen eveneens het belang van samenwerken als een team binnen dit domein. Zo geven ze aan dat verschillende visies geuit door diverse disciplines samen kunnen komen binnen interprofessionele samenwerking en zo een meerwaarde vormen binnen een VZP-gesprek. Men beschrijft immers dat het aanhoren van wensen en bezorgdheden van eenzelfde patiënt door verschillende hulpverleners ertoe leidt dat elk aspect gehoord wordt. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de toekomstige zorg zo nauw mogelijk aansluit binnen de geuite wensen van de patiënt. Wat een VZP-gesprek, die dit als doel heeft ten goede komt [19].

Ondanks deze positieve gegevens, beschrijft een studie uitgevoerd in Canada dat er vaak te weinig interprofessionele communicatie plaatsvindt. Dit zorgt voor onduidelijkheid rond diagnose, behandeling, prognose en zorgdoelen bij een patiënt. Het niet verkrijgen van een holistisch beeld rond de gezondheidstoestand van de desbetreffende patiënt kan leiden tot het niet opmaken van of het bevatten van tegenstrijdigheden in het opstellen van zorgdoelen binnen een VZP-gesprek. Dezelfde studie beschrijft dat een goede samenwerking tussen verschillende disciplines en het op deze wijze verkrijgen van een duidelijk beeld rond de patiënt stimulerend werkt om een VZP-gesprek te initiëren [11].

Een studie uitgevoerd in België binnen de palliatieve context toonde eveneens aan dat het werken met multidisciplinaire teams ervoor zorgt dat alle zorgverleners rond de patiënt op de hoogte zijn van de actuele gezondheidstoestand van de patiënt. Dit gegeven draagt bij tot het bespreekbaar maken van toekomstige zorgdoelen en dus een VZP-gesprek. Hoewel interprofessionele samenwerking een VZP-gesprek ten goede komt, zijn er nog veel struikelblokken aanwezig. Een mogelijke barrière die uit onderzoek naar voor komt is het gebrek aan tijd bij verschillende zorgverleners om een multidisciplinaire vergadering georganiseerd te krijgen [20]. Ook de afwezigheid van sleutelfiguren binnen de zorg van de patiënt op een dergelijk multidisciplinair overleg zorgt voor een beperking van interprofessionele samenwerking. Zo zorgt de onduidelijkheid over de rol van elk lid van een interprofessioneel team binnen VZP ervoor dat een samenwerking niet vlot verloopt en dat er zo een gemiste kans op het verkrijgen van advies van deze disciplines ontstaat [19]. Hieruit kan dus besloten worden dat de visie en rol van elke hulpverlener binnen een mogelijk interprofessionele samenwerking in het kader van VZP van belang is.

Ten slotte bevestigde een recente studie die zich volledig richtte op interprofessionele samenwerking binnen VZP dat er een gebrek is aan deze vorm van samenwerking binnen dit domein [21].

De verklaring hiervoor zou volgens deze onderzoekers eveneens gevonden kunnen worden in het feit dat de rol van de verschillende hulpverleners gericht op VZP binnen het interprofessionele team onduidelijk is [21].

Visie patiënt

Onderzoek toont aan dat patiënten openstaan om een gesprek aan te gaan rond thema's die het einde van het leven en in het bijzonder de wensen van de desbetreffende persoon als hoofdthema hebben [1,22]. Vervolgens kwam ook naar voor dat het hebben van een levensbedreigende of terminale aandoening geassocieerd is met een bereidheid tot het voeren van een VZP- gesprek. Dit onderzoek gaf ook aan dat het kennen van een persoon die gestorven is aan een pijnlijke dood er mede voor zorgt meer open te staan om te spreken over de kwaliteit van de zorg versus de kwantiteit [23]. Een gegeven dat het aangaan van een VZP-gesprek eenvoudiger maakt. Ten slotte kunnen culturele factoren de kijk van de patiënt tegenover VZP beïnvloeden. Factoren zoals religie, vertrouwen in het gezondheidssysteem, het gemak/comfort van arts en patiënt bij het bespreken van het einde van het leven kunnen hierbij een rol spelen [24].

Ondanks de overwegend positieve houding van de patiënt tegenover VZP is het echter wel zo dat studies aantoonden dat patiënten hierin vaak een terughoudende houding aannemen. Men is immers van mening/verwachting dat hun behandelende arts de eerste stap zet tot het bespreekbaar maken van een dergelijk onderwerp [1,22]. Zo toonde een studie aan dat er in België en Nederland bij 1/3 patiënten met de diagnose van een terminale aandoening een VZP-gesprek gevoerd werd. Deze werd echter maar in 8 % van de gevallen gedocumenteerd. Voor het bespreekbaar maken van dergelijke onderwerpen kijkt de patiënt hoofdzakelijk in de richting van de huisarts. Men ziet namelijk de vaak jarenlange opvolging door dezelfde huisarts als een uitgangspunt voor het eenvoudiger bespreekbaar maken van dergelijke zorgdoelen [15].

Eén onderzoek stelt zelfs dat men het als de verantwoordelijkheid van de huisarts ziet om een dergelijk gesprek te initiëren. Indien dit niet gebeurt, wordt dit door de patiënt als een mogelijke barrière gezien om het onderwerp VZP aan te kaarten [25].

Hierop aansluitend toonde een onderzoek uitgevoerd in de VS bij vrouwen met een terminale gynaecologische maligniteit aan dat als de patiënten de kans krijgen om hun zorgdoelen te bespreken met verschillende hulpverleners er een grotere kans bestaat op het effectief voeren van een VZP-gesprek [26]. Dit toont dus aan dat het interprofessioneel samenwerken rond VZP een mogelijks voordeel biedt voor het uitvoeren van een dergelijk gesprek.

Daarnaast kon men ook besluiten dat het voeren van een VZP-gesprek kan leiden tot toename van de tevredenheid rond de geleverde zorg. Vaak groeit bij de zorgverlener immers de overtuiging dat het bespreekbaar maken van dergelijke onderwerpen zou kunnen leiden tot een sombere stemming/gedachte bij de betrokken patiënt en familie. Dit kon door onderzoek echter weerlegd worden. Zo kon men besluiten dat het plannen en uitvoeren van een VZP-gesprek kan leiden tot een vermindering van stress, angst en depressie. En dit zowel bij de patiënt zelf als bij de familieleden [1,15-16].

Visie arts

Binnen het onderdeel visie van de arts zal er ten eerste een overzicht gegeven worden van studies die een algemeen beeld schetsen rond de visie van artsen. Vervolgens zal er gefocust worden op studies die zich specifiek richten op respectievelijk de eerste en tweede lijn.

Algemeen

Studies gericht op het achterhalen van de houding van artsen tegenover vroegtijdige zorgplanning toonden aan dat artsen positief staan tegenover dergelijke gesprekken. Er dient echter wel opgemerkt te worden dat artsen in het algemeen aangeven in de praktijk weinig VZP-gesprekken uit te voeren [1,14-15,18,22]. Ook onder de artsen bestaat er namelijk onduidelijkheid rond wie er verantwoordelijk is voor het aangaan van een VZP-gesprek.

Eén studie uitgevoerd in Canada geeft namelijk aan dat artsen in het algemeen zich oncomfortabel voelen bij gesprekken rond zorgdoelen op het einde van het leven. Hier beschrijft men dat artsen zich oncomfortabel voelen bij onderwerpen als de dood. Ze zouden van mening zijn dat andere professionals binnen de gezondheidszorg beter opgeleid zijn om met dergelijke emoties om te gaan. Daaropvolgend nemen ze graag contact op met deze disciplines om een dergelijk gesprek te voeren. Deze manier van handelen werd ook op deze wijze beschreven door andere zorgverleners. Hier loopt het echter vaak fout, de studie toont namelijk aan dat zowel patiënt als andere hulpverleners de arts als initiator van een VZP-gesprek zien. Als de arts het moeilijk vindt dergelijke gesprekken op te starten en het gevoel heeft dat een andere zorgverlener deze taak beter op zich kan nemen, ontbreekt vaak het overleg of verwijzing naar een andere zorgverlener. Hier bovenop zien andere zorgverleners het voeren van een VZP -gesprek niet als hun taak waardoor een VZP-gesprek op de achtergrond verdwijnt [11].

Een ander artikel bevestigt dit standpunt, hoewel hier naar voor komt dat andere zorgverleners zoals verpleegkundigen de taak van het voeren van een VZP gesprek wel op zich willen nemen, maar enkel wanneer ze hier voldoende training en ondersteuning in krijgen [18].

Onderzoekers konden daarnaast nog enkele andere barrières in het implementeren van VZP in de dagelijkse praktijk definiëren. Hier komt vooral naar voor dat een gebrek aan tijd, training en ervaring ervoor zorgt dat VZP-gesprekken in de praktijk op de achtergrond verdwijnen [1,15,17,22,27]. Hier kan echter opgemerkt worden dat studies aantoonden dat een training gericht op het voeren van een VZP-gesprek een positief effect teweegbrengt op zorgverleners en het aangaan van een VZP-gesprek met patiënten. Deze training kan erop gericht zijn te werken met rollenspellen, bespreekbaar maken van communicatiestrategieën [28-29]. Het gegeven van onvoldoende vaardigheden en kennis wordt ook aangehaald bij een studie uitgevoerd bij studenten verpleegkunde en geneeskunde. Deze studenten vermelden onvoldoende vaardigheden aangereikt te krijgen om een VZP-gesprek te voeren. Ook hier wordt het invoeren van een rollenspel en dit op een interprofessionele manier het belang van interprofessionele samenwerking binnen VZP benadrukken [29]. Ook de angst om de patiënt zijn hoop weg te nemen, wordt als een barrière gezien [22]. Hoewel de sterke vertrouwensrelatie tussen de huisarts en patiënt als een voordeel gezien wordt voor het aangaan van een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning, wordt dit door de arts soms als een barrière beschouwd. Zo heeft men angst om de vertrouwensrelatie schade toe te brengen [15].

Oncologen

Een studie uitgevoerd in Nederland toonde aan dat oncologen de huisarts verkiezen in het uitvoeren van een VZP-gesprek. Men geeft immers aan dat de huisarts een langdurige zorgrelatie heeft met zijn patiënt, wat het initiëren van een dergelijk gesprek zou vereenvoudigen [16]. Een studie uitgevoerd in België bevestigt dat huisartsen meestal een langdurige patiëntrelatie met hun patiënten opbouwen. Ondanks dit feit, toonde het onderzoek wel aan dat huisartsen bij 25% van hun patiënten die niet plots te kwamen overlijden een VZP-gesprek uitgevoerd hadden [15]. Daarnaast heeft de huisarts ook de mogelijkheid om de patiënt thuis te bezoeken, wat in deze setting ook gezien wordt als een voordeel door de oncologen. Ten slotte stellen de oncologen in dit onderzoek dat de huisarts een grote verantwoordelijkheid heeft bij het begeleiden van de patiënt op het einde van zijn leven [16]. Een andere studie uitgevoerd in België maakt duidelijk dat een meer frequent contact tussen patiënt en huisarts, zeker in de palliatieve setting leidt tot een hogere kans op het uitvoeren van een VZP-gesprek. Eveneens kwam in dit onderzoek naar voor dat als de huisarts palliatieve zorg aanbiedt, er vaker gesproken wordt over VZP [30]. Deze gegevens zorgen ervoor dat de huisarts gezien wordt als de belangrijkste figuur binnen het VZP- gesprek. Dit zelfde onderzoek toont aan dat oncologen het voornamelijk als hun taak zien om patiënten correct te informeren rond diagnose, prognose,… en dat huisartsen het meer als hun taak zien om zorgdoelen en dergelijke te bespreken [16]. Deze resultaten tonen opnieuw het belang van interprofessionele samenwerking binnen de context van VZP aan.

Dit onderzoek toonde eveneens aan dat het initiëren van een VZP-gesprek bij een palliatieve patiënt in een ziekenhuiscontext belemmerd wordt door patiënt gerelateerde factoren (patiënt weigert een dergelijk gesprek), context gerelateerde factoren (hoge werkdruk) en professionele gerelateerde factoren (niet weten hoe te handelen) [20].

Huisarts

Het gebrek aan samenwerking met de tweede lijn wordt soms als een mogelijke belemmering bij het aangaan van een VZP-gesprek aangegeven door huisartsen [15,31].

Daarnaast wordt een overleg/consultatie met andere hulpverleners en een ziekenhuismilieu waar een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning ondersteund wordt, gezien als een faciliterende factor voor de huisarts om dergelijke gesprekken aan te gaan [15,31]. Dit onderstreept opnieuw het belang van doorgedreven onderzoek naar interprofessionele samenwerking binnen VZP.

Een studie uitgevoerd binnen de palliatieve context in België, toonde aan dat zorgverleners van mening zijn dat het te laat informeren van patiënten rond de effectieve diagnose en prognose ervoor zorgt dat het voeren van een VZP-gesprek beperkt wordt. Daarnaast gaven huisartsen in deze studie ook aan dat er na hospitalisatie van een palliatieve patiënt vaak laattijdig een ziekenhuisverslag van de opname aanwezig is. Dit zou ook de kwaliteit van de zorg en bijgevolg een mogelijk VZP-gesprek kunnen beperken. Daarnaast kwam ook naar voor dat huisartsen in een specialistische brief vaak te maken kregen met een gebrek aan psychosociale informatie. Daarnaast was het soms ook onduidelijk welke informatie de patiënt zelf al ontvangen had over zijn gezondheidstoestand tijdens de hospitalisatie [20]. Ook dit kan een factor zijn die mogelijks belemmerend kan zijn binnen het aangaan van een VZP- gesprek.

Huisartsen benoemden in dit onderzoek ook dat ze graag betrokken zijn bij het opnameproces in het ziekenhuis van hun palliatieve patiënt. Zo geven huisartsen aan het aangenaam te vinden opgebeld te worden door de spoedarts en gezamenlijk op basis van een mogelijk VZP-gesprek beslissingen te maken rond de verdere ziekenhuisopname [20]

Uit een onderzoek uitgevoerd in Nederland kon men besluiten dat zowel huisartsen als oncologen aangaven dat interprofessionele communicatie rond VZP-gesprekken niet plaatsvinden. Zo geven huisartsen aan info te ontvangen rond diagnose, behandeling en prognose, maar weinig tot geen info rond zorgdoelen, mogelijk VZP-gesprek. Vaak dient dergelijke info verkregen te worden met de patiënt als intermediair, wat niet voor de hand liggend is. Daarnaast merkte deze studie ook op dat oncologen aan hun patiënten meegeven contact op te nemen met de huisarts om zorgdoelen,… te bespreken [16]. Een focus groep studie uitgevoerd in België toonde eveneens aan dat het gebrek aan kennis rond behandelopties bij patiënten met kanker en het gebrek aan overleg met de tweede lijn een barrière vormen voor het uitvoeren van een VZP-gesprek [32].

Deze zelfde studie uitgevoerd in België gaf ook aan dat huisartsen een betere communicatie met de tweede lijn ervaren als men al een relatie opgebouwd heeft met de desbetreffende specialist. Zo geven enkele artsen aan dat het overleg eenvoudiger gebeurt als men werkzaam is in een gebied met een klein ziekenhuis, waar communicatie met de tweede lijn laagdrempelig kan gebeuren. Daarnaast toonde dit onderzoek ook aan dat huisartsen soms het gevoel hebben dat specialisten te lang vasthouden aan een curatieve behandeling bij een deteriorerende patiënt. Ook dit gegeven vormt voor de huisarts een barrière in het implementeren van een VZP-gesprek [32].

Visie verpleegkundigen

Een review opgesteld met als doel de visie van verpleegkundigen rond VZP in kaart te brengen, toonde aan dat verpleegkundigen positief staan tegenover deze vorm van zorg. Men ziet het als een manier om de wensen van de patiënt op medisch vlak en de autonomie van de patiënt te respecteren. Daarnaast helpt het in hun optiek ook om patiënten voor te bereiden op de toekomst. Vervolgens zien ze het ook als een manier dat ervoor zorgt dat de medische beslissingen minder in de handen van het verzorgende team en familie terecht komen, maar dat alles kan verlopen volgens de wens van de persoon zelf [33-34].

Hoewel uit deze studie bleek dat verpleegkundigen positief staan tegenover de implementatie van een VZP-gesprek, blijkt het voor deze tak van de zorg onduidelijk wat hun rol hierin kan zijn. Studies toonden aan dat sommige verpleegkundigen het bespreekbaar maken en uitvoeren van een VZP-gesprek volledig zien als de verantwoordelijkheid van andere zorgverleners. Anderen vonden dan dat VZP binnen hun vakgebied bespreekbaar kan gemaakt worden, maar dat het niet tot hun prioriteit behoort. Deze review geeft ook aan dat verpleegkundigen VZP als een verantwoordelijkheid van de arts zien [33-34]. Daartegenover toonde een ander onderzoek aan dat verpleegkundigen van mening zijn zich in een goede positie te bevinden om een VZP-gesprek te voeren [35]. Men is echter wel van mening dat artsen deze taak vaak niet op zich nemen en dat er onvoldoende informatie gegeven wordt rond VZP aan patiënten en familie. Dit verschil in visie tussen verpleegkundigen zorgt ervoor dat het bespreekbaar maken van VZP door verpleegkundigen een barrière wordt. Ook het gebrek aan kennis, communicatie, tijd vormen een mogelijke barrière [33-34].

Een studie uitgevoerd in België binnen de palliatieve setting toonde aan dat verpleegkundigen werkzaam in de ziekenhuisomgeving een ander beeld hebben rond het tijdstip van opstart rond een VZP-gesprek dan specialisten. Hierbij geven ze aan soms meer tijd door te brengen met de patiënt dan de arts en zich zo een beter beeld te kunnen vormen van de bezorgdheden/ideeën,… van de patiënt [20]. Ook een onderzoek uitgevoerd in de VS toont aan dat verpleegkundigen het soms niet eens zijn met de artsen qua behandeling in de laatste levensfase van de patiënt. Sommige behandelingen voorgesteld door de arts ziet de verpleegkundige als nutteloos. Dit zou men ook willen voorkomen door het invoeren van VZP [12].

Ten slotte tonen artikelen ook aan dat verpleegkundigen aangeven dat ze een adviserende rol kunnen invullen binnen een VZP-gesprek. Zo zien ze de patiënt/familie inlichten rond wat een VZP precies inhoudt en vervolgens hen begeleiden in dit traject als hun taak [12-13].

Overige zorgverleners

Kinesitherapeuten

In de literatuur werden er geen gegevens teruggevonden rond de rol van kinesitherapeuten binnen een VZP-gesprek.

Sociaal werk

Sociaal werkers zouden zich in een goede positie bevinden om het onderwerp vroegtijdige zorgplanning bij de patiënt te introduceren, informeren en bespreekbaar te maken. Een studie geeft aan dat sociaalwerkers van belang zijn bij de uitvoering van de wensen van de patiënt vastgelegd tijdens een VZP-gesprek. Daarnaast benoemt men in dit onderzoek dat sociaalwerkers gezien worden als een belangrijk persoon in het bespreken van familiale problemen/omkadering tijdens de laatste levensfase. Bij deze groep van hulpverleners wordt de nadruk gelegd op de beleving van de patiënt rond zijn medische toestand en rond de kwaliteit van leven [12-13].

Een ander onderzoek die zich specifiek richtte op de rol van sociaal werkers binnen VZP toonde aan dat deze groep van zorgverleners de patiënt voorzien van meer info rond het doel van VZP en de patiënten rechten dan artsen en verpleegkundigen. Daarnaast zou men volgens deze studie ook meer aandacht besteden aan de registratie van VZP-gesprekken dan andere zorgverleners [12-13].

Registratie VZP-gesprek

Onderzoek toonde aan dat het maken van neerslag rond VZP ervoor zorgt dat communicatie tussen zorgverleners onderling en zorgverleners en patiënt/familie verbetert [36-37]. Ondanks dit gegeven toonde een artikel gepubliceerd in de US aan dat het elektronisch registreren van een dergelijk gesprek vaak ontbreekt. Dit onderzoek besloot ook dat wanneer er wel een elektronische registratie van dit gesprek gebeurt, deze gegevens vaak niet overdraagbaar zijn naar andere disciplines [18]. Dit benadrukt dus dat een gebrek aan elektronische registratie van een VZP-gesprek eveneens een belemmering kan vormen voor interprofessionele samenwerking binnen een VZP-gesprek.

Veldstudie

Onderzoekspopulatie

Er werden 15 interviews afgenomen. Hierbij werden steeds 3 interviews per discipline (huisartsgeneeskunde, thuisverpleging, kinesitherapie, oncologie en sociaal werker) gedaan. Er vonden 2 dubbelinterviews plaats, respectievelijk bij de discipline thuisverpleging en sociaal werkers waardoor het totaalaantal geïnterviewde deelnemers op 17 kwam.

De karakteristieken van de onderzoekspopulatie zijn terug te vinden in tabel 1. Er werden 5 mannen en 12 vrouwen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 43 jaar. Alle zorgverleners maakten deel uit van een ander team/praktijk/organisatie, behalve 2 sociaal werkers die werkzaam waren binnen hetzelfde ziekenhuis, maar op een andere dienst. 3 hulpverleners werkten solo. De overige hulpverleners zijn werkzaam in teamverband binnen hun eigen organisatie. Hierbij is er bij 16 van de 17 geïnterviewde personen sprake van een monodisciplinaire samenwerking binnen de eigen praktijkstructuur. 1 verpleegkundige is werkzaam met zorgkundigen binnen hetzelfde team. Vervolgens volgden 2 hulpverleners reeds een cursus gericht op VZP of palliatieve zorgen. Bijkomend vermeldt 1 hulpverlener in de nabije toekomst een cursus palliatieve begeleiding op te starten. Ten slotte vermelden alle hulpverleners interesse te vertonen in het vakgebied VZP en/of palliatieve zorgen.

Type hulpverlener	Geslacht	Leeftijd	Praktijkorganisatie	Extra opleiding VZP
Thuisverpleegkundige 1	Vrouw	47j	11 thuisverpleegkundigen en 2 zorgkundigen	Cursus referentie-verpleegkundige
Thuisverpleegkundige 2	Man	45j	Solo	Zal starten met een cursus palliatieve begeleiding
Thuisverpleegkundige 3	Vrouw	41j	Solo	Geen
Thuisverpleegkundige 4	Man	38j	12 verpleegkundigen en 3 zorgkundigen	Geen
Medisch oncoloog 1	Vrouw	40j	2 oncologen werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Medisch oncoloog 2	Vrouw	43j	2 oncologen en 1 hematoloog werkzaam in ziekenhuissetting	Postgraduaat palliatieve zorg
Medisch oncoloog 3	Vrouw	40j	4 oncologen werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Sociaal werker 1	Vrouw	24j	3 sociaal werkers werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Sociaal werker 2	Vrouw	Missing data	3 sociaal werkers werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Sociaal werker 3	Vrouw	57j	2 sociaal werkers dienst geriatrie werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Sociaal werker 4	Vrouw	39j	2 sociaal werkers dienst geriatrie werkzaam in ziekenhuissetting	Geen
Kinesitherapeut 1	Vrouw	48j	4 kinesitherapeuten werkzaam in eerste lijn	Geen
Kinesitherapeut 2	Vrouw	31j	4 kinesitherapeuten werkzaam in eerste lijn	Geen
Kinesitherapeut 3	Man	30j	3 kinesitherapeuten werkzaam in eerste lijn	Geen
Huisarts 1	Man	44j	Solo	Geen, wenst dit wel
Huisarts 2	Man	69j	Solo	Geen
Huisarts 3	Vrouw	57j	Duo	Geen

Tabel 1: karakteristieken onderzoekspopulatie

Beschrijving resultaten veldonderzoek

Is er samenwerking aanwezig binnen VZP?

Uit de verschillende interviews komt er naar voor dat de deelnemers ervaren dat er op heden weinig tot geen interprofessionele samenwerking rond VZP gebeurt. Diverse hulpverleners benoemen dan ook concreet dat er een gebrek is aan samenwerking op dit gebied. Sommige hulpverleners geven dan ook aan zich hiervan bewust te zijn en daaraan te willen werken.

'Ik denk dat we nog meer moeten opentrekken naar eerste lijn en zo toe. Ik denk dat dat soms een beetje apart verloopt. Euhm, dat er wat meer interactie op dat vlak kan helpen.' (Oncoloog 1)

'Dus eigenlijk is alles aanwezig, maar men doet het niet. Ik merk op heden dat het te weinig gebeurt.' (Thuisverpleegkundige 4)

'Ik vind van mezelf dat ik meer eens moet bellen en dat sommige dingen kunnen verbeteren door het contact wat nauwer te houden. Euhm. Ik weet niet wat zij daarvan vinden. Voor mezelf heb ik die bedenking al gemaakt.' (Oncoloog 1)

Het gebrek aan interprofessionele samenwerking binnen VZP wordt weerspiegeld door het feit dat de verschillende hulpverleners zelf weinig tot geen contact opnemen met andere disciplines wanneer men een VZP-gesprek uitvoert met de patiënt. Daarnaast komt ook naar voor dat de verschillende zorgverleners weinig tot niet gecontacteerd worden door andere hulpverleners rond VZP.

Tevens vermelden de hulpverleners weinig tot geen contact op te nemen met andere disciplines indien een patiënt een vraag uit die verband houdt met VZP en wanneer de desbetreffende hulpverlener zich niet in staat voelt om zelf het VZP-gesprek aan te gaan.

'Awel, ik heb zelfs ook nog een patiënt gehad ook die dan aan mij specifiek vroeg rond euthanasie, voor wie ze daarvoor naar toe moet en welke stappen ze daarvoor moet ondernemen… eerst en vooral doorverwijzen naar de huisarts…de patiënt zelf moet contact opnemen.' (Kinesitherapeut 2)

Daarnaast geven zorgverleners die werkzaam zijn in een groepsverband aan dat er binnen de groep momenten van overleg gepland zijn, maar dat VZP geen onderdeel van het overleg uitmaakt. Dit fenomeen kan opgemerkt worden binnen de hulpverleners van de eerste lijn die in een teamverband werken. Bijvoorbeeld verschillende thuisverpleegkundigen die 1 team vormen. De tweede lijn vormt hierbij een contrast. Hier geven de oncologen aan dat vroegtijdige zorgplanning wel een gegeven is dat besproken wordt in een maandelijks teamverband. Hier zijn dan ook andere disciplines aanwezig.

'Er is dus maandelijks een overleg om enerzijds de patiëntenrondes te bespreken: of er daar iets moet worden aangepast. VZP op overlegmoment? Niet, ja, maar pff niet zo gedefinieerd.' (Thuisverpleegkundige 4)

'Euh, euh, dat zijn de vaste momenten. 1 keer in de maand wordt er multidisciplinair samengezeten, naast de klassieke, euhm euhm MOC-vergaderen, zitten wij 1 keer in de maand: wij, dan de trajectverpleger, de sociale dienst, de psychologen, de diëtisten. Om zo de patiënten dat we zelf zeggen dat loopt wat moeilijk, of daar moeten we wat overlopen… VZP tijdens deze moment? Ja, jawel, ik denk het wel.' (Oncoloog 1)

Hoewel op heden de interprofessionele samenwerking rond VZP beperkt lijkt, geven verschillende hulpverleners bij de vraag rond hoe men VZP definieert aan het belangrijk te vinden contact op te nemen met andere disciplines. Ondanks het gebrek aan samenwerking op dit vlak, lijkt interprofessionele communicatie voor hen wel een centraal punt in te nemen binnen de definitie van VZP.

'Hoe, definiëren eigenlijk, dus zeker bespreekbaar kunnen maken, zonder dat het te beladen wordt. Wat kunnen wij nu doen, de dingen opsommen die aan het gebeuren zijn. We kunnen vaststellen door middel van gesprekken met huisarts, familie, en de dingen beginnen

opsommen en daar een oplossing voor zoeken zonder dat dat zo genoemd wordt. Wat ik ook heel belangrijk vind, is de goede samenwerking met de huisarts, met familiehulp als er familiehulp is, met kiné, euh, want uiteindelijk dragen we dat allemaal samen.' (Thuisverpleegkundige 2 en 3)

Verschillende factoren kunnen aangehaald worden als mogelijke verklaringen voor het gebrek aan interprofessionele samenwerking binnen VZP. Deze zullen besproken worden.

Vertrouwensband tussen hulpverleners

De vertrouwensband die een hupverlener met een andere hulpverlener uitbouwt over het verloop van de tijd kan een bepalende factor zijn in het al dan niet opstarten van interprofessionele communicatie. Zo benadrukken bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen het belangrijk te vinden om een goede band te hebben met de huisartsen waar er mee samengewerkt wordt. Dit zorgt er voor hen voor dat het contact laagdrempeliger kan verlopen. Ook in de tweede lijn is dit gegeven door te trekken. Sociaal werkers geven bijvoorbeeld aan te weten bij welke artsen men terecht kan met vragen rond VZP en welke arts er minder voor openstaat.

'Ik denk dat je een goede band nodig hebt met je huisarts, dat je kan bellen en zeggen kijk wij stellen vast dat dit en…' (Thuisverpleegkundige 2)

'Dat is verschillend van arts tot arts. De ene staat daar opener voor dan de andere eigenlijk. Ik weet wel wie daar open voor staat en wie daar niet direct voor is eigenlijk.' (Sociaal werker 3)

2 hulpverleners geven ook aan dat de drempel tot contactname met de huisarts over de jaren heen is geëvolueerd. Vroeger ervaarde men de drempel tot contactname met de huisarts als groot/een barrière. Over het verloop van de jaren en met de nieuwere generatie van artsen zou het voor andere disciplines eenvoudiger zijn om contact op te nemen met de huisarts. Dit gegeven zou ook een positief effect kunnen hebben op communicatie rond VZP.

'Dat is toch altijd nog een beetje een drempel. Ja, gow we zitten hier in… met oudere huisartsen, ik kom uit de generatie ik was zo jong en ze zaten allemaal bij dokter x, dokter y he de oude dokter z, en dat was nog echt nog azo pff wat ga ik nu bellen naar de dokter en hoe gaat hij reageren he. Dat contact dat is beter, ik kom uit een andere generatie. Nu ga ik rapper eens, maar toch zeg je van ja ik ga die nu niet storen of ik ga ja.' (Kinesitherapeut 1)

'Ik vind dat ze toegankelijk zijn, de laatste tijd veel beter dan vroeger. Toen ik hier net begon, mocht ik zelfs niet bellen naar de huisarts. Dat was de taak van de arts, dat was jaren zo. Nu bel ik regelmatig eens naar de huisarts, maar vroeger mocht ik dat niet doen. Dat is al van in de oudheid he dat ik spreek. Dat is een hele evolutie daarin geweest eigenlijk. Want vroeger was de afstand tussen sociaal werker of verpleging en dokter veel groter dan nu eigenlijk. Ik vind dat wel een item dat veranderd is in de loop van de tijd.' (Sociaal werker 1)

Indien een hulpverlener ervaart dat een andere discipline weinig tot niet openstaat voor VZP, zal dit ertoe leiden dat de andere discipline ook geen verdere stappen meer zet richting VZP of samenwerking hieromtrent.

'Als het is bij een huisarts dat ik zeker weet dat hij erachter staat, alle, ga ik er zeker over beginnen en eraan meehelpen. Omdat je dan weet dat je ook respons krijgt van de andere kant. Maar merk je eigenlijk dat de persoon dat vertellen aan de huisarts en dat ze dat volledig afgewimpeld hebben, dan ja.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Samenwerking met huisarts, huisarts moet ervoor openstaan, ik ken een paar huisartsen waar je er niet mee moet afkomen, je kan er met de huisarts niet over spreken, en dan is het gedaan.' (Thuisverpleegkundige 3)

Anderzijds vermelden enkele hulpverleners ook niet de behoefte te hebben om contact op te nemen met andere disciplines rond een uitgevoerd VZP-gesprek indien men ervan overtuigd is dat de andere discipline of hulpverlener openstaat voor VZP/zich hier ook op toelegt. Men is dan in de veronderstelling dat er wel degelijk gesprekken rond VZP zullen plaatsvinden met de patiënt, zonder dat er communicatie is tussen de hulpverleners onderling. Deze veronderstelling zou tot miscommunicatie, een gebrek aan samenwerking en een gebrek aan het uitvoeren van VZP-gesprekken kunnen leiden.

'De ene was sowieso via dokter x, daar heb je goede respons euhm, daar wist ik dat het in orde zou komen.' (Thuisverpleegkundige 1)

Rol van persoonlijke ervaring

Ook de eigen ervaringen in de persoonlijke levensomgeving spelen een rol in hoe men VZP en samenwerking invult. Verschillende hulpverleners merken immers op dat hun denkwijze rond VZP, hoe men VZP invult in de praktijk te wijzigen aan de hand van persoonlijke ervaringen.

'Omdat ik met mijn papa ook in dat geval gezeten heb, vind ik dat een heel groot knelpunt. Dat er vanuit de ziekenhuizen veel te weinig gecommuniceerd wordt naar de thuisverpleging, veel te weinig.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Mijn stiefpapa die overleden is. Euhm, ten gevolge van ALS, een zeer agressieve ALS, die we eigenlijk in 1 jaar tijd zeer snel achteruit ging. Eigenlijk veel sneller achteruitging dan we ons hadden voorbereid. Soms verkeerde keuzes gemaakt. Euhm, door te weinig ervaring ook. We waren genomen geweest in snelheid, in tijd. Dus ja, met dit dan in achterhoofd, of als bagage, houd ik daar wel rekening mee naar patiënten toe.' (Thuisverpleegkundige 2 en 3)

Tijd

Het gebrek aan tijd wordt door verschillende hulpverleners aangehaald als een verklaring voor het niet uitvoeren van een VZP-gesprek. Er wordt immers aangegeven dat je voor het uitvoeren van een VZP-gesprek extra tijd dient uit te trekken. Iets waar volgens enkele hulpverleners bepaalde collega's weigerachtig tegenover staan.

'Sommige maken er minder tijd voor dan dat ik ervoor ga maken. Dus allé, er zijn er die dat gewoon zien als hun werk. Dus je moet daar je werk aan doen, dat is zo, maar bij palliatieve komt er heel veel meer bij kijken, zelfs ook buiten je uren he. Vroegtijdige zorgplanning is ook zoiets he, dat is echt buiten uw uren he. Je kan dat niet doen tijdens je verzorging he, dat gaat niet.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Echt voor die vroegtijdige gesprekken, nee, eigenlijk geen hindernissen, maar misschien de tijd.' (Oncoloog 3)

Daarnaast geeft ook 1 oncoloog aan dat patiënten er soms vanuit gaan dat de huisarts geen tijd heeft om een VZP-gesprek te voeren, waardoor een VZP-gesprek op de achtergrond verdwijnt. Deze hulpverlener benadrukt echter dat dit een verkeerde interpretatie van de patiënt kan zijn.

'Af en toe heb ik ook patiënten die de feedback geven van mijn huisarts is zo drukbezet, euhm en die er zelf vanuit gaan dat de huisarts geen tijd heeft om dergelijke zaken te bespreken. Ik denk dat dat dan meer de interpretatie van de mensen zelf is, dan dat dit in realiteit zo is.' (Oncoloog 3)

Ook het gebrek aan tijd zorgt ervoor dat er geen communicatie/samenwerking met andere disciplines rond VZP plaatsvindt.

'Ik ken geen enkele huisarts die niet veel werk heeft. Iedereen heeft hier veel werk. Dat is dan niet de prioriteit om eens te zeggen we gaan hier eens 1 uurtje over 1 patiënt met externe partners gaan spreken.' (Thuisverpleegkundige 4)

Kennis

Diverse hulpverleners uit de verschillende disciplines geven aan niet vertrouwd te zijn met het begrip vroegtijdige zorgplanning. Wanneer er echter gevraagd wordt om het begrip VZP te definiëren, komt men wel steeds tot een correcte beschrijving van wat de term inhoudt. Zo geven bijvoorbeeld de sociaal werkers aan geen voeling te hebben met VZP, dat dit een gegeven is dat niet tot hun takenpakket behoort, maar doorheen het verloop van het interview, door een definitie van VZP te formuleren komt men wel tot de conclusie dat dit iets vormt waarmee men frequent in aanraking komt.

'Euhm, eigenlijk doen we dat een beetje, onrechtstreeks dan. Uiteindelijk ja, gaan wij in contact met de familie of de patiënt om te vragen, wat zijn jullie wensen eigenlijk. Er zijn sommige mensen die zeggen, voor mij is het gedaan hier. Voor mij hoeft het niet meer.' (Sociaal werker 3)

Hierbij aansluitend lijkt de rol van de kinesitherapeut binnen een VZP-gesprek voor alle hulpverleners onduidelijk. Zo geven alle kinesitherapeuten aan weinig vertrouwd te zijn met het begrip VZP en bijgevolg hier geen rol in te spelen en over dit onderwerp niet te communiceren met andere hulpverleners.

'De kiné staat daar nog niet sterk genoeg in. Dus ik vind dat moet eerst uitgezuiverd worden je moet zelf als kiné je rol weten in het geheel. En van daaruit kan je beginnen mensen contacteren.' (Kinesitherapeut 1)

Sommige hulpverleners benoemen een gebrek aan kennis rond VZP dan ook als een beperkende factor in het uitvoeren van een VZP-gesprek op zich en bijgevolg ook tot een gebrek aan samenwerking rond dit onderwerp. Inzetten op educatie rond VZP zou volgens hen het uitvoeren van VZP-gesprekken in het algemeen en communicatie hierrond bevorderen.

'Ja, ik denk dat ze er zelf ook te weinig van op de hoogte zijn en er daardoor ook te weinig tijd voor maken. Misschien ook via educatie die ingericht wordt voor iedereen samen. Niet specifiek voor die groep en specifiek voor die groep, maar eigenlijk eens allemaal samen, euhm, dat je kan overleggen hoe dat allé bij iedereen tewerk gaat of wat er euhm.' (Thuisverpleegkundige 1)

Nomenclatuur

Bepaalde hulpverleners en specifiek de thuisverpleegkundigen geven ook het gebrek aan een financiële compensatie voor het uitvoeren van een VZP-gesprek op zich en een multidisciplinair gesprek daaraan gekoppeld aan als een factor die ervoor zorgt dat er geen VZP-gesprekken uitgevoerd worden en ook geen overleg met andere disciplines plaatsvindt. Er wordt gesuggereerd dat het invoeren van een nomenclatuurnummmer voor het uitvoeren van VZP-gesprekken en multidisciplinaire samenwerking beide zaken zou kunnen stimuleren.

> *'Met die nomenclatuur zou dat heel veel veranderen. Dan zouden er veel meer voor openstaan dan dat nu is. Nu vinden ze dat sowieso verloren tijd he ja. De meesten zijn zelfstandig he, dus. Ik ben loontrekkende, ik kijk daar anders, alle, ik doe dat ook wel gratis, maar ik kijk er anders tegenover euhm dan zelfstandigen wel. Ze zijn enorm veel bezig met die nomenclaturen allemaal. Dus als die er zou komen, denk ik wel dat sowieso dat er in de praktijk vooruitgang geboekt kan worden.' (Thuisverpleegkundige 1)*

> *'Dat is een moeilijke vraag. In principe is alles wel, bestaat er wel heel veel he. Zeker grotere equipes. Ik denk dat de meesten zeggen: er moet daar een nomenclatuurnummer voor komen.' (Thuisverpleegkundige 4)*

Heldere communicatie: de term VZP

Daarnaast wordt ook duidelijk dat VZP vaak niet als dusdanig benoemd wordt. Indien er dan gecommuniceerd wordt over dit onderwerp, kan dit ertoe leiden dat er op geen heldere manier over VZP gesproken wordt tussen de verschillende disciplines. Er wordt aangegeven dat de term als dusdanig niet benoemd wordt, omdat dit angst inboezemt naar de patiënt toe. Er wordt gesteld dat indien VZP een andere overkoepelende term zou krijgen, dit laagdrempeliger zou kunnen zijn om VZP bespreekbaar te maken bij de patiënt. 1 thuisverpleegkundige vermeldt ook dat de term VZP als dusdanig niet gebruikt wordt in communicatie naar de huisarts toe.

> *'Eigenlijk, het wordt niet zo genoemd, wij weten het en wij doen het, maar wij gaan bepaalde denkwijze niet direct benoemen als vroegtijdige zorgplanning.' (Thuisverpleegkundige 3)*

> *'Je communiceert met de dokter, ah tsjien, ik zie dat er hier een beetje achteruitgang is. Zo een beetje voorzichtig, een beetje bedachtzaam proberen te doen aan vroegtijdige zorgplanning.' (Thuisverpleegkundige 3)*

> *'Het is de term die niet benoemd wordt, die de mensen nog extra angst inboezemt, en vragen. Allé, Ik denk moesten wij daar een andere term voor hebben, kiezen, uitvinden dat da misschien een beetje laagdrempeliger zou zijn voor de mensen om daaraan te beginnen of daar bewust mee om te gaan.' (Thuisverpleegkundige 2)*

Rol/initiator VZP

Er heerst nog onduidelijkheid rond wie de verantwoordelijkheid dient te nemen in het initiëren van een VZP- gesprek. Een deel van de hulpverleners gaat ervan uit dat dit tot de bevoegdheid van een arts (eerste of tweede lijn) behoort. Andere hulpverleners, bv. thuisverpleegkundigen zien dit als een onderdeel van hun job omschrijving. Dit gegeven kan ervoor zorgen dat er geen VZP-gesprek met de patiënt tot stand komt en bijgevolg ook geen samenwerking ontstaat.

'Bijvoorbeeld bij zo'n typische patiënt: er komt familiehulp, kiné, thuisverpleging, huisarts. Iedereen ziet wat er aan het gebeuren is, maar voordat er effectief actie ondernomen wordt, allé, er gaat veel tijd verloren. Het kan veel eenvoudiger.' (Thuisverpleegkundige 2)

'Euhm, ja, ik zie dat een beetje als een gedeelde taak tussen de huisarts en de specialist. En in mijn geval dus de oncoloog. Euhm, ik denk dat dat eigenlijk van twee kanten moet komen, want ik ervaar, hoe meer dat van twee kanten komt, hoe logischer het ook voor de patiënt is. Als het puur de specialist is die, het initieert en de huisarts zich niet profileert als dit is ook mijn stukje, dan begrijpt de patiënt het soms niet helemaal. Euhm, misschien als de huisarts het alleen initieert dat het niet genoeg in elkaar zal puzzelen met wat er in het ziekenhuis. Dus ik denk dat dit iets gedeeld kan zijn. Alle dat zou in de ideale wereld zijn.' (Oncoloog 3)

Daarnaast geeft 1 kinesitherapeut ook aan zich niet in de positie te bevinden om VZP te bespreken met de patiënt en daardoor ook geen contact te nemen met andere hulpverleners rond dit onderwerp. Ze zien andere hulpverleners meer in staat om deze taak op zich te nemen.

'Ja dan zou ik dat wel doen he, als de mensen iets vragen van wil je dat doen ja. Maar ik denk ook allé. Als de mensen thuis zijn en ze hebben thuisverpleging en ze hebben daar een goeie band mee dat dat het eerste contact is. He, dat is echt het eerste contact. En dat is ook, zij denk ik communiceren ook sneller met de huisarts, wij gaan 1 keer, 2 keer of 3 keer in de week, dus wij komen maar op de 3de rij. He maar het gaat ook een beetje over aanvoelen en over klikken he. Ze hebben dan vertrouwen in je en dan gaan ze wat meer zeggen.' (Kinesitherapeut 1)

Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP?

Telefonisch contact

De verschillende hulpverleners uit de diverse disciplines geven aan dat indien er samenwerking gebeurt rond VZP, het contact hoofdzakelijk telefonisch plaatsvindt. Er wordt aangegeven telefonisch contact te verkiezen boven een andere vorm van contactname omdat dit als een persoonlijker contact gezien wordt en het hier mogelijk is om wat meer duiding te geven bij de besproken materie.

'Het zijn vaak dingen die ik liever persoonlijk even efkes uitleg dan dat ik het in een brief schrijf, een brief die dan op de hub komt en die dan door iedereen gelezen kan worden en dat ik wat nuances wil meegeven die niet altijd makkelijk neer te schrijven zijn en dan bel ik.' (Oncoloog 3)

Hoewel het contact hoofdzakelijk telefonisch gebeurt tussen de verschillende disciplines wordt dit ook als een beperkende factor voor contactname naar voor geschoven. Verschillende hulpverleners geven aan dat het moeilijk is om een gewenst tijdstip voor telefonisch contact te vinden. 1 Kinesitherapeut geeft echter aan dat het vinden van een geschikt tijdstip om contact op te nemen zich hoofdzakelijk beperkt tot de eerste lijn. Deze problematiek zou niet aanwezig zijn naar de tweede lijn toe.

'Ze zijn dan bezig, je weet dan ook niet juist wanneer je mag bellen daarvoor. Je hoort dat dan ook direct aan telefoon of ze tijd hebben of niet. Als je via de gewone communicatie meer dingen zou kunnen aankaarten, zou dat veel gemakkelijker zijn.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Meestal is dat nog telefonisch bij ons als er iets is met euhm de patiënt. Het is natuurlijk ook moeilijk. Soms is de huisarts dan op huisbezoek of is de huisarts niet bereikbaar, of omgekeerd ook, dan belt de huisarts en zijn wij er niet. Het is niet altijd zo makkelijk om een gemeenschappelijk uur te vinden.' (Oncoloog 2)

'Neen, ik vind dat heel moeilijk, zeker bij huisartsen ook. Euhm, we worden als kinesist worden we vaak gezien alsof we moeten bellen op de momenten van de patiënten en dat vind ik eigenlijk niet kunnen. Ik vind dat je gewoon als zorgverlener mag bellen wanneer je wilt. Ik snap als het niet uitkomt bijvoorbeeld maar het is vaak dan ook moeilijk dan vragen ze bel nog eens terug, maar dan denk je ja ik heb zelf ook nog patiënten. Dus dan is het beter dat de arts zelf terugbelt. Dat wordt ook wel gedaan hoor, door sommige artsen. En eigenlijk doen specialisten dat eerder, die gaan eerder terugbellen. Huisartsen is vaak toch van bel nog een keer op een later moment terug.' (Kinesitherapeut 3)

Hierbij aansluitend wordt er ook aangegeven dat de hulpverlener soms veronderstelt dat een andere hulpverlener geen tijd zal hebben om telefonisch te overleggen, waardoor de drempel om zaken in het algemeen en bijkomend ook VZP te bespreken vergroot.

'We gaan ze alleen lastigvallen als het nodig is, we gaan ze niet, omdat we ook wel weten dat die mensen veel werk hebben. We gaan niet nodeloos gaan bellen, enkel eigenlijk als het echt nodig is.' (Sociaal werker 4)

Ook het rechtstreeks kunnen bellen naar de huisarts in plaats van naar het algemeen nummer wordt als een pluspunt beschouwd/bevorderende factor om samen te werken.

'Een huisarts waar we niet veel mee samenwerken, waar we geen privécontact van hebben, waar we nu wel zeggen: allé dat is mijn gsm-nummer, als er iets is, als er echt iets is, bel mij dan. Terwijl, dat is dan een beetje moeilijk he bellen naar de praktijk. Het is een algemeen nummer, een collega die niet goed weet hoe de stand van zaken is. Dat zijn wat kleinere dingen maar.' (Thuisverpleegkundige 4)

'Bij ons als we de huisartsen bellen in de regio, komen we altijd eerst bij de secretaresse terecht … ik meld dan dat ik kinesist ben en welke huisarts dat ik graag wil… maar dan is het altijd van ja hij is momenteel bezig dus je kan eens terugbellen na 16 uur en dat je dan terugbelt maar hij is toch al naar huis of dan gaat hij zelf eens terugbellen en dan vergeet hij om terug te bellen en het is moeilijk om een… ja we zijn allebei hard aan het werk. De huisarts is hele dagen bezig; ik ben de hele dag bezig.' (Kinesitherapeut 2)

Contact via SMS/apps/gemeenschappelijk dossier

Sommige hulpverleners geven ook aan te communiceren via berichten: SMS/*WhatsApp*. Deze manier van communiceren wordt op heden al toegepast voor de dagdagelijkse zorg, bv tussen de thuisverpleegkundigen en de huisarts. Men zou ook een uitbreiding van deze communicatie zien naar VZP toe.

'Meestal probeer ik huisartsen voor te zijn. Dat is ook de reden waarom ik berichtjes stuur, om zo weinig mogelijk de huisartsen te storen, maar toch, ik zet meestal ter info. Zo breng ik op de hoogte van dit dit dit, zijn mijn observaties van de afgelopen week. Stel nu dat het

bepaalde wondzorg is of bepaalde aandachtspunten waar ik foto's van kan nemen, verstuur ik dat ook ter info.' (Thuisverpleegkundige 2)

Enkele hulpverleners zouden het eenvoudiger vinden om multidisciplinaire communicatie in het algemeen en eveneens rond VZP via een andere weg te laten plaatsvinden. Bepaalde personen stellen de *app sillo* voor als communicatiemiddel. Via deze app kunnen de hulpverleners immers reageren op het ogenblik dat voor hen het best aansluit met hun agenda. Anderen gaan nog een stap verder, en stellen het opstellen en werken in een gemeenschappelijk dossier voor als ideale vorm van samenwerkingsmiddel. Dit wordt hoofdzakelijk door thuisverpleegkundigen en 1 huisarts naar voor geschoven. Deze huisarts doet een suggestie om met een *platform IRIS* te werken. Dit zou de mogelijkheid bieden om met verschillende disciplines nota's te maken rond VZP/palliatieve zorg in 1 digitale omgeving. Daartegenover staat dat hulpverleners werkzaam in de tweede lijn al wel werken met een dossier die ingekeken en ingevuld kan worden door verschillende disciplines. Ook daar treden er problemen op. Zo is het vaak voor verschillende disciplines onduidelijk wat er al besproken is met de patiënt, mede rond VZP. Daarnaast bestaat er ook de mogelijkheid om zaken te verbergen in notities, die niet door andere disciplines geraadpleegd kunnen worden. Deze zaken worden beschreven als een probleem bij het willen organiseren van interprofessionele samenwerking. Bijkomend vermelden de oncologen dat enkel wat opgenomen wordt in de brieven naar de huisarts gezien kan worden door andere ziekenhuizen via *cozo*.

'Zoals sillo, vind ik al een heel stuk beter nu. Maar sommige huisartsen staan daar ook niet echt voor open he. Het is al een stapje vooruit dat je al beter kan communiceren daarvia langs. Als er gemeenschappelijke dossiers moesten komen, is dat nog beter he.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Er is een fantastisch tool: silo: je kan daar foto's in sturen. Zo moet de arts niet altijd aan telefoon hangen. Je moet niet direct bellen.' (Thuisverpleegkundige 2)

'DNR-codering en daar is ook apart ding rond wilsverklaring en zo. Dus dat wordt op 1 bepaalde plaats bijgehouden. De rest is meer in notities, euhm. En dat is niet altijd, voor een buitenstaander makkelijk uit te destilleren.' (Oncoloog 1)

'Ik heb ooit met een zeer goede website gewerkt, IRIS heette die, euch en dit leek mij een zeer goede tool, dat is een beetje in onbruik geraakt Ja en diezelfde tool is daar ook zeer nuttig voor. Ook de thuisverpleging kan daar systematisch in.' (Huisarts 1)

Contact via de patiënt

Bepaalde hulpverleners nemen niet zelf contact op met andere disciplines, maar laten de communicatie rond VZP en andere onderwerpen via de patiënt gebeuren. Deze communicatie tussen verschillende hulpverleners via de patiënt kan zuiver mondeling gebeuren of aan de hand van een schriftelijke neerslag. Zo wordt er door een thuisverpleegkundige schriftelijke neerslag gemaakt van het VZP-gesprek in een LEIF-boekje en wordt er gevraagd aan de patiënt om dit boekje te tonen aan een andere hulpverlener/discipline. 2 oncologen geven bijkomend aan de patiënt steeds mondeling te verwijzen naar de huisarts voor een gesprek rond VZP. Hierbij krijgt de patiënt mondelinge info van de oncoloog rond VZP, waarbij de oncoloog vervolgens aan de patiënt vraagt de huisarts te contacteren rond een VZP-gesprek. Hierbij wordt er geen contact opgenomen met de huisarts, indien

mogelijk wordt dit vermeld in de brief geadresseerd aan de huisarts. Deze werking wordt door de oncoloog als *teamwor*k aanzien.

> *'Ja, daar vraag ik wel dat als ze het ingevuld hebben euh, heb ik wel gevraagd of ze het een keer tonen aan de huisarts, om te kijken of alles euh allé wel ongeveer toch wel redelijk in orde ingevuld was.'(Thuisverpleegkundige 1)*
>
> *'Wel, het is eigenlijk euhm, meestal zeg ik dan, bespreek het eens met de huisarts.' (Oncoloog 2)*
>
> *'Mensen die bij mij komen, waarbij eigenlijk alles nog goed verloopt, maar bij wie ik eigenlijk een beetje de aanzet geef van het zou toch belangrijk zijn om en als ik voel dat het van de kant van de huisarts direct opgepikt wordt en de mensen snel ontvangen worden en het gevoel hebben dat ze daar een zeer waardevol gesprek hebben gehad, dan voel ik dat een beetje als teamwork.' (Oncoloog 3)*

Ook bij de 3 kinesitherapeuten komt communicatie via de patiënt rond VZP sterk naar voor. Alle drie deze hulpverleners vermelden weinig actief betrokken te zijn in het VZP gegeven. Er wordt echter wel opgemerkt dat onderwerpen gelinkt aan VZP: euthanasie, inschrijving WZC,… vaak spontaan tijdens de behandelsessies naar voor komen. Indien dit het geval is en patiënten een vraag uiten naar de hulpverlener, verwijst de kinesitherapeut deze steeds door naar de huisarts. De kinesitherapeut neemt hierbij zelf geen contact op met de arts. Men vindt dit de taak van de patiënt en wil zich hierbij niet opdringen.

> *'Jawel en ik heb zelfs ook nog een patiënt gehad ook die dan aan mij specifiek vroeg voor wie ze daarvoor naar toe moet en welke stappen ze daarvoor moet ondernemen tenzij de patiënt specifiek aan mij zou vragen of ik dat zou willen doen in de persoon zijn plaats, dan wel, maar meestal bespreken de patiënten dat zelf met de huisarts.' (Kinesitherapeut 1)*
>
> *'Eerst en vooral naar de huisarts doorverwijzen. De patiënt zelf moet contact opnemen. Goh ja omdat ik de patiënt daar nog altijd zijn ding in wil laten zeggen. Ja eigenlijk wel, en dan zeg ik je moet er met je huisarts over spreken.' (Kinesitherapeut 2)*
>
> *'Tgoh ik denk dan moet ik mij daarin moeien. He als de mensen dat zelf kunnen he, gow.' (Kinesitherapeut 1)*

Persoonlijk contact

Ook persoonlijk contact tussen de verschillende disciplines vinden bepaalde hulpverleners belangrijk. 1 enkele huisarts geeft aan enkel de voorkeur te geven aan fysieke overlegmomenten. Overige hulpverleners zien een fysiek overlegmoment als een aanvullend gegeven op contact via telefoon, computer,… zo geeft 1 thuisverpleegkundige aan de voorkeur te hebben eerst telefonisch contact op te nemen met de huisarts rond VZP en dan eventueel in tweede tijd een fysiek overlegmoment te plannen met de patiënt eveneens in aanwezigheid. 1 huisarts vermeldt ook een fysieke manier van overleg tussen verschillende hulpverleners steeds te verkiezen boven een telefonische of digitale contactname en dit omwille van de non verbale communicatie. Ook het fysiek zien van alle hulpverleners en de mogelijkheid tot meteen in interactie gaan wordt als een voordeel gezien.

Andere hulpverleners blijven echter de voorkeur houden voor een digitale manier van vergaderen. En dit hoofdzakelijk omwille van logistieke en *timemanagement* redenen.

> *'Soms wordt er ook met de patiënt ter plaatse afgesproken, maar ik vind dat een tweede stap.' (Thuisverpleegkundige 2)*

> *'Ik was wel heel blij omdat je dan ook nog een keer iedereen specifiek ziet die met die patiënt betrokken is en als je dan vragen hebt, dat je dan heel gericht kan afspraken maken, want anders verloopt de communicatie soms wel via de patiënt: huisarts heeft gezegd dat… verpleegster heeft gezegd dat… en soms is het moeilijk om te weten in hoeverre de informatie klopt.' (Kinesitherapeut 2)*

> *'We zien dat op onze MOC-vergaderingen. Daarop worden de huisartsen ook altijd uitgenodigd, maar de huisartsen komen daar eigenlijk nooit naar toe he. Omdat dat op een ongelukkig uur is of euhm ja. Ik denk dat dat moeilijk is. Ik denk dat het dan misschien beter is dat je dat in een teams vergadering of online kan organiseren. Tegenwoordig kan dat met de digitaliseren, zo eigenlijk huisarts tot bij ons laten komen, maar dan via online.' (Oncoloog 2)*

> *'Ja, omdat je de rijkdom van de non verbale communicatie nodig hebt en omdat je voldoende tijd nodig hebt.' (Huisarts 1)*

Brief

Er kan ook opgemerkt worden dat artsen uit de tweede lijn (oncologen) naast telefonisch contact ook proberen een besluit in de consultatiebrief gericht aan de huisarts te formuleren rond wat er besproken werd op het vlak van VZP tijdens de consultatie. 1 oncoloog geeft echter ook aan dat het onduidelijk is hoe deze vorm van correspondentie door huisartsen verwerkt wordt. Dit kan ook als een beperking voor eventuele samenwerking gezien worden.

> *'Als ik zo belangrijke dingen besproken heb en zo of eens specifiek over iets gehad heb, probeer ik dat wel in mijn besluit op te nemen. Maar dat is natuurlijk, een brief ja, hoe. Ik weet niet altijd als een huisarts brieven krijgt elektronisch,… ik veronderstel dat zij dat pas zien als er een patiënt voor hun zit en ze naar dat specifiek dossier gaan. Ik denk dat het anders is dan vroeger, als je brieven krijgt en je doet de enveloppen open, ja. Of komt dat in een postbus toe dat ze dat sowieso zien, ik weet dat eigenlijk zelfs niet.' (Oncoloog 1)*

> *'Ik probeer, als ik zo'n gesprekken heb gehad met mensen, probeer ik daar altijd een korte feitelijke weerslag van te geven in het besluit van de brief. Het hangt er ook een beetje vanaf, in heel drukke periodes maak ik soms mijn brieven een paar dagen later, durft dat er wel eens vantussen te vallen.' (Oncoloog 3)*

MOC-vergadering

In elk interview met een hulpverlener werkzaam in de tweede lijn komt ook naar voor dat de MOC-vergaderingen geen geschikte plaats is waar VZP kan besproken worden. Men ziet ook de meerwaarde hiervan niet in.

> *'Om dat nu uitgebreid mee te nemen naar de MOC,…ik denk dat dat niet de juiste plaats is.' (Oncoloog 1)*

'Op de MOC zelf niet denk ik. Ik denk dat we dan eerder zo'n een multidisciplinair team euhm met een euhm hoe heet dat daar: de oncocoach, de oncoverpleegkundige, euhm palliatief verpleegkundige, dat we daar eigenlijk samen alle ja, dat dat meer past eigenlijk om dat te bespreken.' (Oncoloog 2)

'Ik denk, maar dat hangt van ziekenhuis tot ziekenhuis af, dat ons ziekenhuis te groot is en de MOC-vergadering te beladen al met allerlei andere zaken, dat dat er nog bij zou kunnen. Ik denk dat dat het overleg te zwaar zal maken.' (Oncoloog 3)

Tijdstip contactname

Indien er contact opgenomen wordt met andere disciplines rond VZP bestaat er verdeeldheid rond het tijdstip van contactname met een andere discipline. Een deel van de hulpverleners vindt het belangrijk om dit te doen voordat het VZP-gesprek met de patiënt effectief uitgevoerd wordt. En dit om op eenzelfde lijn te komen, om een gemeenschappelijke aanpak te bespreken.

'Eerst eerlijk gezegd vind ik dat het best is om dat eerst onderling, buiten de patiënt, om de patiënt, zodat we onze snaren beter kunnen afstemmen. Zodat we de patiënt kunnen omvatten met zelfde handschoen. Soms heb ik gevoel dat we het apart anders doen. Beter dat je met de huisarts afspreekt.' (Thuisverpleegkundige 2)

Andere hulpverleners wensen dit net na het gesprek met de patiënt te doen, om de contacterende hulpverlener een duidelijk beeld te schetsen van wat al besproken werd rond VZP, wat de reactie van de patiënt hierop was en hoe men dit in de toekomst verder zal uitwerken. 1 andere hulpverlener wordt net op het moment van de consultatie herinnerd aan het belang van het bespreken van VZP met de huisarts, waardoor de contactname na de consultatie plaatsvindt.

'Om een keer te kijken inderdaad hoe het gesprek vordert, of de patiënt daarvoor openstaat of niet en dan een keer met de huisarts daarover toe te lichten dat er al over gesproken is.' (Oncoloog 2)

'Na het gesprek ja, om toch ook een beetje te zien wat de verwachtingen zijn he. Soms plannen we al iets te veel vind ik, zonder echt overleg.' (Thuisverpleegkundige 4)

'Op het moment dat ik de patiënt hier heb op mijn bureau en erover spreek, dat ik er op dat moment aan herinner word aan de noodzaak om erover te spreken met de huisarts.' (Oncoloog 3)

Beleving VZP

Algemeen kan gesteld worden dat de hulpverleners positief staan tegenover vroegtijdige zorgplanning. Hoewel er doorheen de interviews naar voor komt dat verschillende hulpverleners een andere visie kunnen hebben op wat VZP voor hen betekent.

'Ik denk dat iedereen, ja, wel pro vroegtijdige zorgplanning is, euhm, maar dat we dat elk anders, op onze eigen manier, de één al meer doorgedreven dan de ander dat doet. Euhm, maar op zich dat iedereen wel een positieve kijk heeft daarop.' (Oncoloog 1)

'Ik denk dat iedereen daar wel positief tegenover staat. We hebben ook een jong team, in denk dat dat ook wel meespeelt.' (Thuisverpleegkundige 4)

'Ik had nu gisteren een collega die zei: vroegtijdige zorgplanning, dat werkt allemaal niet, de mensen denken dat ze een formulier moeten invullen en dat het gedaan is. Dan denk ik,ja, nee, dat is niet hoe wij over vroegtijdige zorgplanning denken. Hoe de patiënt daar misschien over denkt, maar,…' (Oncoloog 1)

De hulpverleners zien de voordelen in van het uitvoeren van een VZP-gesprek, maar het is iets dat de hulpverlener zelf ook niet onberoerd laat. De emoties of onzekerheden die bij de hulpverlener aanwezig zijn rond VZP, kunnen er ook voor zorgen dat het gesprek niet aangegaan wordt met de patiënt.

'Ja, pff je bent wel bezig, het zijn ook wel patiënten dat je kent, je bent daar wel bij betrokken eigenlijk wel.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Ik vind dat soms ook moeilijk om dat aan te halen, omdat de patiënten op dat moment eigenlijk nog goed zijn. Ze denken daar nog niet aan, hoe het zou kunnen zijn als het slecht gaat. Maar je moet dat gesprek proberen open te trekken, dat is niet altijd even gemakkelijk.' (Oncoloog 2)

Hulpverleners ervaren het ook als iets positief voor de patiënt. Men geeft aan dat het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning gemoedsrust kan brengen bij de patiënten.

'Die mensen zijn nu ook wel geruster euh, alle wat dat hun toekomstplannen kunnen zijn.' (Thuisverpleegkundige 1)

'Wel, voor de patiënt denk ik ja, meer duidelijk, dat hij ook een beetje weet wat hem te wachten staat.' (Thuisverpleegkundige 4)

Hoewel men een overwegend positieve houding aanneemt tegenover VZP, komt er ook naar voor dat het nog een term is die angst inboezemt bij de mensen.

'Het is de term die niet benoemd wordt, die de mensen nog extra angst inboezemt.' (Thuisverpleegkundige 3)

Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP?

Zoals hierboven reeds beschreven, ervaren de meeste hulpverleners een gebrek aan samenwerking op het gebied van VZP. Indien er echter wel samenwerking plaatsvindt rond deze term, wordt dit overwegend als positief ervaren.

'Tot nu toe heb ik dat steeds positief ervaren, daarmee bedoel ik, ze houden er ook effectief rekening mee.' (Thuisverpleegkundige 2)

Het gebrek aan samenwerking en communicatie tussen verschillende hulpverleners en disciplines rond VZP roept soms frustraties op. Het gebrek aan samenwerking wordt soms als een beperkende

factor gezien om gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning verder open te trekken. Hulpverleners ervaren hierbij een gevoel van frustratie en eenzaamheid op.

> *'Probeer naar vroegtijdige zorgplanning te gaan. Als je merkt als je dat eens aankaart en weer met je rug tegen de muur staat als die persoon dat gezegd heeft tegen de huisarts.' (Thuisverpleegkundige 1)*

> *'Je kan er met de huisarts niet over spreken, en dan is het gedaan. Dat is frustrerend als hulpverlener. Dat is frustrerend, niet alleen voor die patiënt, maar als je dan nog andere patiënten hebt bij die huisarts, voor andere feiten ook frustrerend. Het is raar, maar je pakt dat mee.' (Thuisverpleegkundige 2)*

> *'De hoofdverpleegkundigen staan ook onder een heel erge druk momenteel, en dan krijg je ook vaak het antwoord: goh sorry, ik ben totaal nog niet op de hoogte, kan jou eigenlijk niet helpen. Dan sta je er een beetje alleen voor. euhm,maar dan sleuren we er ons ook wel door.' (Sociaal werker 1)*

Daarnaast brengt het gevoel van gebrek aan samenwerking ook twijfel met zich mee. Zo geven bepaalde hulpverleners aan dat het voor hen moeilijk is om gepast te reageren naar de patiënt toe als die het gebrek aan samenwerking of communicatie opmerkt.

> *'Toen zei ze: er kijkt niemand naar mij. Maar ja, er kijkt wel iemand naar jou, maar het is moeilijk om uit te leggen. Tegenover de patiënt kan je ook niet zeggen: het ligt aan de huisarts.' (Thuisverpleegkundige 1)*

Daarbij aansluitend vinden hulpverleners het een barrière om zelf de stap te zetten naar samenwerking als een andere hulpverlener in het team niet openstaat voor samenwerking rond VZP. Dit gegeven komt vaak naar voor indien de arts geen vragende partij is naar samenwerking. De overige hulpverleners voelen zich niet in staat om de arts hierin te overrulen.

> *'Wel ja, toch een keer bellen, een beetje blijven aandringen. Dat is zeer moeilijk. Het is ook een moeilijke verhouding he.' (Thuisverpleegkundige 4)*

> *'We kunnen bepaalde achteruitgang vaststellen, en we kunnen dat communiceren, maar wat niet moet gebeuren: we kunnen tegen huisarts niet zeggen: nu gaan we dat. Dat vind ik ongepast sowieso.' (Thuisverpleegkundige 3)*

De suggestie om meer te investeren in samenwerking in het algemeen en in het bijzonder in VZP, roept bij de meeste hulpverleners een positief gevoel op. Ze zien dit als een meerwaarde voor de zorg van de patiënt. Daarnaast ervaren ze een gevoel van samenhorigheid.

> *'Ik denk het wel. Als je het allemaal alleen moet doen, kan je dat niet he.' (Thuisverpleegkundige 1)*

> *'Wat ik ook heel belangrijk vind, is de goede samenwerking met de huisarts, met familiehulp als er familiehulp is, met kiné, euh, want uiteindelijk dragen we dat allemaal samen.' (Thuisverpleegkundige 3)*

'Hoe meer er multidisciplinair wordt samengewerkt, vind ik iedere meerwaarde. Nog voor de patiënt, nog voor de zorg, nog voor de hulpverlener, nog voor de huisarts vind ik dat steeds een meerwaarde.' (Thuisverpleegkundige 2)

'Ja, ik denk wel dat euhm misschien wel een meerwaarde is, als we euhm daar meer met de huisartsen over kunnen communiceren, dat we dan een gemeenschappelijk ja punt hebben dat we al kunnen zien wat er al besproken is geweest en niet: ja.' (Oncoloog 2)

Sommige hulpverleners hebben ook het gevoel de vrijheid van de patiënt af te nemen als ze als hulpverlener andere disciplines contacteert rond VZP. Men ervaart dit als zich bemoeizuchtig opstellen.

'Tgoh, ik denk dan moet ik mij daarin moeien, he, als de mensen dat zelf kunnen he, gow.' (Kinesitherapeut 1)

Toekomst interprofessionele samenwerking

Hoewel op heden de multidisciplinaire samenwerking rond VZP beperkt is, wensen hulpverleners in de toekomst meer in te zetten op deze vorm van samenwerking. De verschillende hulpverleners zien hierbij steeds een centrale rol weggelegd voor de huisarts. De huisarts wordt gezien als het aanspreekpunt voor de patiënt en de andere disciplines. Men geeft immers aan dat de huisarts veel kennis heeft rond de voorgeschiedenis van de patiënt, rond de familiale omkadering,… de thuisverpleegkundigen geven bijvoorbeeld ook aan veel sneller contact op te nemen en te zullen opnemen met de huisarts dan met een arts uit de tweede lijn. Ook de oncologen bevestigen de centrale rol van de huisarts bij het uitvoeren van VZP- gesprekken.

'Ja, en ook te luisteren naar bevindingen huisarts. Soms weet huisarts meer dan de hulpverlener. Thuisverpleger is er misschien wel dagelijks de laatste vijf jaar, maar de huisarts, komt er misschien wel 15 of 20 jaar, weet soms veel meer dan de hulpverlener die er dagelijks is en soms ook andersom he.' (Thuisverpleegkundige 2)

'Ik denk dat die zeer belangrijk is. Alle ja, je hebt mensen die weinig contact hebben met hun huisarts ook, ma, ze zien patiënten op geregelde tijdstippen. Ik denk dat ze dat zeker mee kunnen sturen. Ze hebben ook een andere kijk he: ze kennen familie meer, ze kennen de thuissituatie meer, euhm. Ze kennen soms de patiënten heel hun leven, terwijl wij ja, korter kennen.' (Oncoloog 1)

'Tgoh, euh persoonlijk denk ik ja dat de huisarts vaak toch centraal daarin toch staat en ook met iedereen kan contact leggen. Daar heb ik nooit moeite mee gehad.' (Huisarts 2)

Daarnaast zien de meeste hulpverleners ook een rol weggelegd voor familiehulp en thuisverpleegkundigen. Men geeft immers aan dat dit de disciplines zijn die ook frequent, al dan niet dagelijks bij de patiënt over de vloer komt en belangrijke info kan bijdragen rond VZP en de zorg van de patiënt in het algemeen.

'Misschien familiehulp, dan bedoel ik van euhm, de vaste medewerkers die hoofdzakelijk in de thuissituatie aanwezig zijn bij de patiënt, vind ik ook dat ze moeten betrokken zijn. euhm, ik vind ook dat ze op de hoogte moeten zijn van wat er besproken wordt en wat er afgesproken wordt. Omwille van dat ze ook veel bij de patiënt zelf zijn. Er wordt ook veel besproken als wij

niet aanwezig zijn. En ja met, als we die, als we familiehulp of medewerkers op de hoogte zijn, kunnen ze ons bepaalde info bezorgen die soms loskomen in gesprekken die soms nuttig zijn.' (Thuisverpleegkundige 2)

Er wordt een beperkte rol toegeschreven aan de kinesitherapeut door de verschillende disciplines. Op heden lijkt het contact met de kinesitherapeut rond de zorg in het algemeen het beperktste van alle disciplines. Hulpverleners zijn dan ook van mening dat het een meerwaarde zou kunnen zijn om de kinesitherapeut te betrekken in het verhaal van VZP, maar dat dit een uitdaging betekent.

'Kinesist zeker maar dat is voor mij echt nog een brugje verder om dat te implementeren voor iedereen.' (Oncoloog 3)

Artsen uit de tweede lijn komen beperkter aan bod bij de beschrijving van het ideale team bij interprofessionele samenwerking rond VZP. Men geeft aan indien nodig een oncoloog te betrekken. De oncologen zelf zien er ook graag de geriater bij.

'Ik denk inderdaad de huisarts, dat die heel belangrijke functie daarin heeft. Euhm. En geriatrie ook en oncologie ook.' (Oncoloog 2)

Ten slotte wenst men het team ook beperkt te houden, om een vlot overleg mogelijk te maken.

'Hoe meer mensen je erin betrekt, hoe moeilijker het wordt om het organisatorisch te regelen om iedereen op een bepaald moment samen te brengen en te discussiëren. Ik denk dat he voor de patiënt ook belangrijk is, zodat het snel opgestart kan worden.' (Oncoloog 2)

Discussie

Besluit veldonderzoek

Op basis van het veldonderzoek kan er een antwoord geformuleerd worden op de drie opgestelde onderzoeksvragen:

-Is er samenwerking aanwezig binnen VZP?
-Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP?
-Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP?

Algemeen kan er gesteld worden dat er op heden naar de ervaring van de deelnemers in het veldonderzoek weinig tot geen interprofessionele samenwerking tot stand komt. Er worden verschillende factoren aangehaald als mogelijke oorzaken voor het gebrek aan interprofessionele communicatie binnen VZP. Zo worden oa. een gebrek aan kennis, financiering en tijd naar voor geschoven als mogelijke verklaringen. Indien deze samenwerking wel tot stand komt, vindt deze hoofdzakelijk telefonisch plaats. Deze vorm van contactname gaat echter ook gepaard met de nodige voor en nadelen. Ten slotte kan er besloten worden dat alle hulpverleners positief staan tegenover deze vorm van samenwerking en dit in de toekomst verder wensen uit te bouwen. In deze discussie werden de resultaten van het veldonderzoek verder uitgeschreven en vergeleken met de literatuur. Vervolgens werden de sterktes en zwaktes van dit onderzoek aangehaald en werden er aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd.

Terugkoppeling literatuur

Is er samenwerking aanwezig binnen VZP?

Op basis van het veldonderzoek kan er dus besloten worden dat er op heden weinig tot geen interprofessionele samenwerking op het gebied van VZP gebeurt. Zo geven de diverse hulpverleners aan zelden tot nooit contact op te nemen met andere hulpverleners rond VZP. Tevens worden ze zelf ook niet gecontacteerd rond dit onderwerp. Bijkomend komt VZP binnen het teamoverleg van 1 discipline ook niet aan bod. Hieruit kan geconcludeerd worden dat interprofessionele samenwerking op het vlak van VZP op heden beperkt tot afwezig is. Literatuuronderzoek bevestigt eveneens het gebrek aan samenwerking op dit gebied [17-19]. De schaarste aan studies specifiek gericht op deze vorm van samenwerking binnen VZP onderstreept dit resultaat. Een bijkomende illustratie van de beperkte publicaties/onderzoek naar interprofessionele samenwerking binnen dit domein van de geneeskunde vormt het feit dat er geen publicaties te weerhouden zijn rond de rol van kinesitherapeuten binnen VZP. Er zou dus gesteld kunnen worden dat samenwerking de norm wordt binnen de gezondheidszorg, maar dat dit op het gebied van VZP nog ontbreekt [1, 6-11].

Hierbij kan opgemerkt worden dat het wetenschappelijk onderzoek rond dit onderwerp zich hoofdzakelijk situeert binnen de oncologische setting. Ook tijdens het uitvoeren van het veldonderzoek werd er gefocust op de oncologen als artsen werkzaam in de tweede lijn. De vraag kan hierbij gesteld worden: wat met de overige chronische aandoeningen? Het is namelijk zo dat het opstarten/ter sprake brengen van een VZP-gesprek bij de vaststelling van een maligniteit voor de arts eenduidiger kan zijn. Bij overige chronische aandoeningen kan het opstarten van een VZP-gesprek moeilijker zijn, zeker op het gebied van timing. Het blijft echter ook bij deze aandoeningen essentieel

om een VZP-gesprek uit te voeren. Daarnaast kan de vraag ook gesteld worden of interprofessionele samenwerking anders verloopt binnen de oncologie dan bij andere pathologieën/disciplines. Deze aangehaalde punten vormen een gegeven dat in verder onderzoek aandacht vereist.

Het veld-en literatuuronderzoek tonen echter wel aan dat zowel de patiënt als de zorgverleners de meerwaarde inzien van een dergelijke vorm van samenwerking op het gebied van VZP. De literatuur toont immers aan dat zowel VZP als interprofessionele samenwerking kwalitatieve zorg voor de patiënt bevordert. Zo kunnen bij een interprofessionele samenwerking de visies geuit door diverse disciplines samenkomen. Bijkomend toont onderzoek aan dat het aanhoren van wensen en bezorgdheden van één patiënt door verschillende hulpverleners ertoe leidt dat elk aspect gehoord is. Een gegeven dat een VZP-gesprek ten goede komt [11, 16-17]. Dit standpunt wordt doorheen het veldonderzoek niet specifiek naar voor gebracht door de deelnemers. Men erkent echter wel dat samenwerking en VZP belangrijke begrippen zijn, maar een expliciete uitdrukking van de reden van de meerwaarde van samenwerking wordt zelden geuit. Er zou dan ook geopperd kunnen worden dat het onder de aandacht brengen van het belang van samenwerking deze zaak ten goede zou kunnen komen.

Oorzaken gebrek aan samenwerking binnen VZP

Verschillende factoren worden in het veld- en literatuuronderzoek aangehaald als mogelijke verklaringen voor het gebrek aan interprofessionele samenwerking binnen VZP.

Vertrouwensband

Zo blijkt uit het veldonderzoek de vertrouwensband tussen hulpverleners een essentieel gegeven om samenwerking tot stand te brengen. Deze stelling wordt ook door de literatuur bevestigd [1, 13, 21]. Daar geeft men aan dat huisartsen een betere communicatie met de tweede lijn ervaren als men al een relatie opbouwde met de desbetreffende specialist [30]. In het veldonderzoek kwam ook naar voor dat alle hulpverleners een goede vertrouwensband met de andere discipline noodzakelijk achten om in overleg te treden. Binnen het literatuuronderzoek werd deze stelling enkel geponeerd rond huisartsen en oncologen [30]. Hier zou de bedenking gemaakt kunnen worden of het inzetten op een goede onderlinge verstandhouding tussen de eerste en de tweede lijn samenwerking in het algemeen ten goede zou komen. Een gegeven dat ook in de literatuur aangehaald wordt [21, 30]. Hier dient echter wel opgemerkt te worden dat de literatuur aantoont dat de sterke vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt als een voordeel gezien wordt voor het aangaan van een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning [1,13,21,30]. Dit standpunt wordt door verschillende hulpverleners in het veldonderzoek bevestigd. Sommige artsen uit deze studies geven echter ook aan dat de vertrouwensrelatie met de patiënt net als een barrière beschouwd wordt voor het aangaan van een dergelijk gesprek. Men heeft dan immers angst om de vertrouwensrelatie schade toe te brengen [13]. Dit standpunt wordt niet naar voorgebracht door de zorgverleners in het veldonderzoek.

Persoonlijke ervaring/gebrek aan kennis

Ook persoonlijke ervaringen spelen een rol in hoe men tegenover VZP kijkt en hoe men samenwerkt. Bijkomend lijken een gebrek aan tijd en een gebrek aan kennis rond VZP een mogelijke verklaring voor het gebrek aan samenwerking. Deze factoren worden ook door de literatuur naar voor geschoven als een mogelijke verklaring voor een gebrek aan interprofessionele communicatie [20,

30-32]. De bedenking zou gemaakt kunnen worden dat het inzetten op educatie rond VZP in het algemeen en in het bijzonder de interprofessionele communicatie ten goede zou kunnen komen. Hier zou er geopteerd kunnen worden om sessies/vormingen te organiseren die multidisciplinair werken. Zo zou het mogelijk kunnen worden dat huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten,… dezelfde vorm van kennis/onderwijs verkrijgen rond VZP. Daarnaast biedt deze vorm van educatie ook de mogelijkheid om met elkaar in interactie te gaan en een onderbouwde visie te ontwikkelen rond hoe andere disciplines/collega's met VZP omgaan. In de literatuur wordt ook bevestigd dat educatie een positieve invloed heeft op het uitvoeren van VZP-gesprekken. Zo wordt in de literatuur bevestigd dat het invoeren van een rollenspel en dit op een interprofessionele manier het belang van interprofessionele samenwerking binnen VZP kan benadrukken [20, 26-27].

Bijkomend kan het gebrek aan kennis rond het begrip VZP ertoe geleid hebben dat bepaalde hulpverleners uitspraken doen rond VZP waar men eigenlijk refereert naar de palliatieve zorg in plaats van vroegtijdige zorgplanning. Eveneens geven sommige disciplines aan geen kennis te hebben rond VZP, dit niet uit te voeren, maar na bijkomende informatie rond het begrip blijkt dat men toch onbewust dergelijke gesprekken voert of bij betrokken is. Deze zaken zouden er ook voor kunnen zorgen dat er tijdens het afnemen van de interviews zaken verloren gaan, wat tot bias en een verminderde veralgemeenbaarheid van de resultaten zou kunnen leiden.

Financiering

Tevens lijkt het gebrek aan een goed omlijnde financiering voor samenwerking en VZP een factor dat leidt tot een gebrek aan het uitvoeren van VZP-gesprekken en samenwerking. Financiering wordt door de literatuur niet naar voor geschoven als een mogelijke verklaring voor een gebrek aan samenwerking. Het feit dat het literatuuronderzoek studies van verschillende landen bevat, kan een mogelijke verklaring bieden voor de afwezigheid van gegevens rond financiering. De financiering van de gezondheidszorg verschilt immers van land tot land, wat ook het formuleren van een besluit rond de financiering en mogelijke problemen bemoeilijkt. Er dient echter opgemerkt te worden dat er op heden al enkele mogelijkheden voor bepaalde zorgverleners voor handen zijn om enige vorm van financiering te ontvangen rond VZP en samenwerking. Educatie voorzien rond dit item zou voor enkele hulpverleners duidelijkheid kunnen scheppen en misschien bijkomend interprofessionele communicatie rond VZP aanwakkeren.

Ook het feit dat in dit veldonderzoek de meerderheid van de hulpverleners als zelfstandige en niet in loondienst werken, kan ertoe leiden dat het begrip financiering en het gebrek hieraan frequent aangehaald wordt. Verder onderzoek naar ook hulpverleners werkzaam in loonverband en het verschil met het zelfstandig statuut zouden deze bias kunnen voorkomen.

Rolverdeling/initiator VZP-gesprek

Ten slotte lijken onduidelijkheid rond welke hulpverlener de rol van initiator van het VZP-gesprek op zich moet nemen een verklarende factor voor een gebrek aan samenwerking. Een gegeven dat ook bevestigd wordt door de literatuur. Daar stelt men immers dat het ontbreken van een duidelijke taak/rolverdeling van de verschillende disciplines binnen een multidisciplinaire benadering van VZP een verklaring kan bieden voor het gebrek aan interprofessionele samenwerking op dit gebied [31-35]. De verschillende zorgverleners erkennen namelijk het belang van het uitvoeren van een VZP-gesprek, maar zien het vaak als de taak van een andere hulpverlener om dit te initiëren. Dit gegeven

kan ervoor zorgen dat VZP op de achtergrond verdwijnt. Daarnaast zou de onduidelijkheid rond de rol van verschillende disciplines er eveneens voor kunnen zorgen dat er geen samenwerkingsverband tot stand kan komen [17-18].

Hierbij aansluitend wordt er in het veldonderzoek volgens diverse hulpverleners soms wel over VZP gesproken maar wordt het niet als dusdanig benoemd. Dat is een gegeven dat meermaals naar voor lijkt te komen. Zo zou de vraag gesteld kunnen werken: spreken hulpverleners wel over VZP maar lijken ze het niet te beseffen? Bijkomend zou er gesteld kunnen worden dat hulpverleners vaak veronderstelling maken rond hoe collega's denken rond VZP, hoe ze dit aanpakken,.. maar deze veronderstellingen worden niet getoetst met de werkelijkheid. Dit zou kunnen leiden tot misvattingen, tot een gebrek aan VZP in het algemeen en samenwerking in het bijzonder. Meer aandacht besteden aan het effectief in dialoog gaan met elkaar en elkaars verwachtingen/gedachten aftoetsen zou misvattingen uit de weg kunnen gaan.

Hoe gebeurt de samenwerking binnen VZP?

Indien er wel een vorm van interprofessionele samenwerking rond VZP tot stand komt, geeft men de voorkeur aan telefonisch contact. Het vinden van een geschikt tijdstip tot contactname wordt als beperkende factor naar voor geschoven. Er worden ook suggesties aangehaald voor andere vormen van communicatie: *sms/whatsapp, sillo,* gemeenschappelijk dossier, persoonlijk contact en per brief. Bijkomend geven hulpverleners ook aan via de patiënt te communiceren over VZP met andere disciplines. De contactname met andere hulpverleners kan gebeuren voor en na het eigenlijke gesprek met de patiënt.

Het uitgevoerde literatuuronderzoek spreekt zich minder uit rond het tijdstip en vorm van een mogelijke samenwerking. Er kwam echter wel naar voor dat het maken van neerslag rond VZP-gesprekken de communicatie tussen zorgverleners verbetert. Ook hier wordt bevestigd dat dit op heden ontbreekt. Men toont eveneens ook aan dat de elektronische registratie van VZP-gesprekken vaak niet overdraagbaar is naar een andere discipline [16, 36-37]. Het gebrek aan registratie zorgt dus ook voor een mogelijkse belemmering in de interprofessionele samenwerking. Een gegeven dat ook in het veldonderzoek benoemd wordt: zo geven verschillende hulpverleners aan geen neerslag te maken van een uitgevoerd VZP-gesprek en geen neerslag te bezorgen aan andere hulpverleners rond dit onderwerp. Het meer uitwerken van reeds bestaande initiatieven zoals *sillo,* gedeeld dossier tussen thuisverpleegkundigen/huisarts, het platform *Iris* zouden mogelijks de registratie en communicatie tussen de verschillende hulpverleners kunnen verbeteren.

Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van VZP?

Als besluit op de derde onderzoeksvraag rond hoe hulpverleners VZP en samenwerking beleven, kan er besloten worden dat de diverse hulpverleners positief staan tegenover VZP-gesprekken in het algemeen en samenwerking in het bijzonder. Er dient hierbij opgemerkt te worden dat men wenst in de toekomst meer aan samenwerking te doen en dat bij een gebrek aan samenwerking er gevoelens van frustratie en twijfel kunnen ontstaan. Eén van de zaken die door de hulpverleners aangehaald wordt als reden om geen VZP-gesprek aan te gaan zijn de emoties die het bij de hulpverlener zelf oproept, de angst om mensen angst aan te bezorgen. Dit gegeven wordt ontkracht door de literatuur waar er aangetoond werd dat mensen net bereid zijn om over dergelijke thema's te spreken. Het

plannen en uitvoeren van een VZP-gesprek kan namelijk leiden tot een vermindering van stress, angst en depressie. En dit zowel bij de patiënt zelf als bij de familieleden [1,20]. Het onder de aandacht brengen van deze bevindingen aan de hulpverleners en het eventueel voorzien van meer scholing/begeleiding in het omgaan met eigen emoties bij dergelijke gesprekken zou een vooruitgang kunnen betekenen.

Sterktes studie

Als sterkte van dit onderzoek kan het feit dat er een exploratie gebeurde naar de ervaringen van 5 verschillende disciplines aangehaald worden. Het beluisteren van deze 5 disciplines maakte het mogelijk om een inzicht te krijgen in de opvattingen en samenwerkingen van een brede groep van hulpverleners. Eveneens het feit dat er hier onderzoek verricht werd naar de mogelijke rol van kinesitherapeuten vormt een pluspunt. Dit vormt in de literatuur namelijk een groep van hulpverleners naar wie er geen tot beperkt onderzoek verricht werd. Deze master na masterthesis zou een brug kunnen vormen naar verder onderzoek voor deze doelgroep.

Een bijkomende sterkte van deze master na masterthesis is het feit dat het specifiek onderzoek verrichtte naar interprofessionele communicatie binnen VZP. Twee begrippen die elk afzonderlijk al frequent onderzocht werden in de literatuur, maar die als combinatie nog ontbreken. Dit onderzoek kan als basis dienen voor verder/diepgaande research.

Ten slotte werd er in dit onderzoek een zo nauwkeurig mogelijk overzicht geschetst van de op heden voor de hand zijnde literatuur rond dit onderwerp.

Zwaktes studie

Dit onderzoek wordt eveneens gekenmerkt door enkele beperkingen. Hoewel er gepoogd werd om een ruime doelgroep bestaande uit vijf disciplines te includeren, kan er bemerkt worden dat het aantal geïnterviewde personen beperkt was. Er werden slechts 15 personen ondervraagd, wat ervoor zorgt dat we voorzichtiger moeten zijn in het veralgemenen van de resultaten. Daarnaast werd er zowel binnen de literatuurstudie als in het veldonderzoek geen aandacht besteed aan andere zorgverleners die mogelijks een rol zouden kunnen spelen binnen VZP. Denk hier bijvoorbeeld aan psychologen, andere artsen binnen de tweede lijn, zorgkundigen,… wat eveneens een veralgemening van de resultaten beperkt. Om een algemeen besluit te kunnen formuleren rond interprofessionele samenwerking binnen VZP in de eerste lijn enerzijds en tussen de eerste en tweede lijn anderzijds dienen ook deze hulpverleners gehoord te worden. Diepgaander onderzoek met een meer uitgebreide doelgroep kan deze limitatie opheffen.

Bijkomend kan er vermeld worden dat het de opzet was om een zo heterogeen mogelijke onderzoeksgroep op te stellen. Zo werden er steeds hulpverleners werkzaam in verschillende organisaties/teams/praktijken weerhouden om bias en de kans op sociaal wenselijke reacties zo klein mogelijk te houden. Hoewel deze opzet zoveel mogelijk gerespecteerd werd, waren alle hulpverleners werkzaam in de eerste lijn werkzaam in een praktijkvorm die bestond uit een monodisciplinaire samenstelling. Er kan opgemerkt worden dat het verrichten van onderzoek in een multidisciplinaire praktijk, mogelijks een andere kijk op interprofessionele samenwerking kan bieden. Dit vormt zeker een gegeven dat in verder onderzoek geëxploreerd moet worden.

Bijkomend was het niet steeds eenvoudig om hulpverleners die bereid waren deel te nemen aan het veldonderzoek te identificeren. De bereidheid tot deelname was vaak gekoppeld aan specifieke interesse in het onderwerp. Dit zou tot bias kunnen leiden. Vervolgens waren ook alle hulpverleners afkomstig uit West-Vlaanderen, en meer bepaald een kleine regio binnen deze provincie. Ook dit beperkt de veralgemeenbaarheid van de resultaten. De samenwerking in andere gebieden kan immers verschillen, zo zou het mogelijk zijn dat andere eerstelijnsregio's of ziekenhuizen er andere opvattingen op nahouden op het gebieden van interprofessionele samenwerking.

Op het vlak van de uitgevoerde literatuurstudie kan er opgemerkt worden dat de literatuurstudie opgesteld werd aan de hand van een relatief beperkt aantal artikelen. Dit beperkt de veralgemeenbaarheid van de resultaten. Hierbij aansluitend kan er vermeld worden dat de begrippen vroegtijdige zorgplanning en interprofessionele samenwerking verschillende synoniemen kennen. Bij de zoektocht naar literatuur rond deze onderwerpen, werd er geprobeerd hier zoveel mogelijk rekening mee te houden door verschillende benamingen toe te passen. Het is echter mogelijk dat er bepaalde synoniemen niet opgenomen werden in de zoekopdracht. Dit zou kunnen leiden tot het missen van enkele gepubliceerde studies. Daarnaast dient er ook vermeld te worden dat de geïncludeerde bronnen niet enkel onderzoek voerden in België, maar ook in andere landen. Deze landen kennen een andere opbouw van de gezondheidszorg, wat de veralgemeenbaarheid van de resultaten naar België limiteert.

Algemeen besluit

Algemeen kan er besloten worden dat er op heden weinig tot geen interprofessionele samenwerking binnen VZP plaatsvindt. Verschillende factoren worden hierbij als verklarende factoren aangehaald (gebrek aan tijd, kennis, vertrouwensrelatie ,…). Indien er wel een vorm van samenwerking tot stand komt, gebeurt deze hoofdzakelijk telefonisch. Hoewel er op heden weinig samenwerking plaatsvindt, staan de hulpverleners wel positief tegenover een dergelijke vorm van samenwerking en wenst men daar in de toekomst aan te werken.

Verder kwalitatief grootschalig onderzoek is noodzakelijk om de nog aanwezige barrières, mogelijks bevorderende factoren en acties in kaart te brengen. Zo zou het meer onder de aandacht brengen van VZP bij verschillende hulpverleners door het organiseren van multidisciplinaire navormingen een eerste stap kunnen zijn richting een duurzame samenwerking op het vlak van VZP. Bijkomend zou het meer onder de aandacht brengen van VZP bij de patiënt door bijvoorbeeld affiches in de wachtkamer van de arts, een brief, infobrochure,… de patiënt kunnen motiveren om een VZP-gesprek met een hulpverlener aan te gaan. Tevens zou een dergelijke vorm van promoten van VZP de patiënt en andere hulpverleners kunnen wijzen op het feit dat bijvoorbeeld de huisarts openstaat voor het aangaan van een VZP-gesprek. Bijkomend zou het kunnen organiseren van een gestructureerd bijvoorbeeld 3-maandelijks overleg tussen de eerste en tweede lijn specifiek rond VZP een eerste stap in de goede richting kunnen zijn. Verschillende andere interventies zijn eveneens mogelijk. Verder diepgaand onderzoek om deze mogelijkheden in kaart te brengen en uit te werken zijn echter noodzakelijk.

Referentielijst

1. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. Richtlijn vroegtijdige zorgplanning. Vilvoorde, federatie Palliatieve zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen palliatieve zorg. 5-2015. www.pallialine.be

2. NICE guideline. End of life care for adults: service delivery. [Internet]. Beschikbaar via: www.nice.org.uk/guidance/ng142. [Geraadpleegd 2021 augustus 1].

3. Conroy S, Fade P, Fraser A, schiff R. Advance care planning: concise evidence-based guidelines. Clin med. 2009;9(1):76-9.

4. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MH et al. clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in advanced stages of a life-limiting illness and their caregivers. Med J aust. 2007;186(12 suppll):S77,S79,S83-108.

5. Statistiek vlaanderen. Bevolking naar leeftijd en geslacht. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht. [Geraadpleegd 2021 maart 9].

6. Domus medica. Webinar: vroegtijdige zorgplanning-over het hoe en waarom. [Internet]. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/vorming/agenda/webinar-vroegtijdige-zorgplanning-over-het-hoe-en-waarom. [Geraadpleegd 2021 maart 9].

7. Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering. Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2020. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Nationaal%20akkoord%20artsen-ziekenfondsen%202020.pdf. [Geraadpleegd 2021 maart 9].

8. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al. Efficacy of advance care planning:a systematic review and meta-analysis. J am Med dir assoc. 2014;15(7):477-489.

9. Blackwood DH, Walker D, Mythen MG, et al. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: a systematic review. 2019;28(23-24):4276-4279.

10. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane database syst rev. 2017;6(6):CD000072.

11. Ho A, Jameson K, Pavlish C. An exploratory study of interprofessional collaboration in end-of-life decisionmaking beyond palliative care settings. J interprof care. 2016;30(6):795-803.

12. Black K. Advance directive communications practices: social worker's contributions to the interdisciplinary health care team. Soc work health care. 2005;40(3):39-55.

13. Black K. Advance directive communication: nurses' and social workers's perceptions of roles. Am J hosp palliat care. 2006;23(3):175-84.

14. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J nurs Stud. 2012;49(3):360-71.

15. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van audenhove C. et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in a advance care planning: a systematic review. Scand J prim healt care. 2013;31(4):215-26.

16. Oosterink J, Oosterveld-vlug Maariska, Glaudemans J. et al. Interprofessional communication between oncologic specialists and general practitioners on end-of-life issues needs improvement. Fam pract. 2016;33(6):727-732.

17. Pfeifer M, Head B. Which critical communication skills are essential for interdisciplinary end-of-life discussions? AMA J ethics. 2018;20(8):E724-731.

18. Arnett K, Sudore R, Nowels D, et al. Advance care planning: understanding clinical routines and experiences of interprofessional team members in diverse health care settings. Am J hosp palliat care. 2017;34(10): 946-953.

19. Lakin JR, Benoti E, Paladino J, et al. Interprofessional work in serious illness communication in primary care: a qualitative study. J palliat med. 2019;34(10):946-953.

20. Mertens F, Debrulle Z, Lindskog E, et al. Healthcare professionals'dexperiences of inter-professional collaboration during patient's transfers between care settings in palliative care: a focus group study. Palliat med. 2021;35(2):355-366.

21. Kwak j, Jamal A, Jones B, et al. An interprofessional approach to advance care planning. Am J hosp palliat care. 2021;10499091211019316.

22. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al. Efficacy of advance care planning:a systematic review and meta-analysis. J am Med dir assoc. 2014;15(7):477-489.

23. Amjad H, Towle V, Fried T. Association of experience with illness and end-of-life care with advance care planning in older adults. J am geriatr soc. 2014;62(7):1304-9.

24. McDermott E, Selman L. Culturaal factors influencing advance care planning in progressive, incurable disease: a systematic review with narrative synthesis. J pain symptom manage. 2018;56(4):613-636.

25. Musa I, Seymour J, Narayanasamy MJ, Wada T, et al. A survey of older peoples' attitudes towards advance care planning.

26. Clark M, Ott M, Rogers M, et al. Advance care planning as a shared endeavor: completion of ACP documents in a multidisciplinary cancer program. 2017;26(1):67-73.

27. Wichmann A, Van Dam H, Thoonsen B, et al. Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the gp's eyes. BMC fam pract. 2018;19(1):184

28. Chan CWH, et al. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. BMC health serv res. 2019;19(1):362.

29. Beck B, Coda C, Gerges J, et al. advance care planning: an interprofessional approach to resident education. J am geriatr soc.2020;68(11):E66-E68.

30. Evans N, et al. End-of-life decisions: a cross-national study of treatment preference discussions and surrogate decision-maker appointments. PLoS One. 2013;8(3):e57965.

31. Boyd K, Mason B, Kendall M, et al. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. 2010;60(581):e449-58.

32. De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, et al. Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' view and experiences. 2014;9(1):e84905.

33. Blackwood DH, Walker D, Mythen MG, et al. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: a systematic review. 2019;28(23-24):4276-4279.

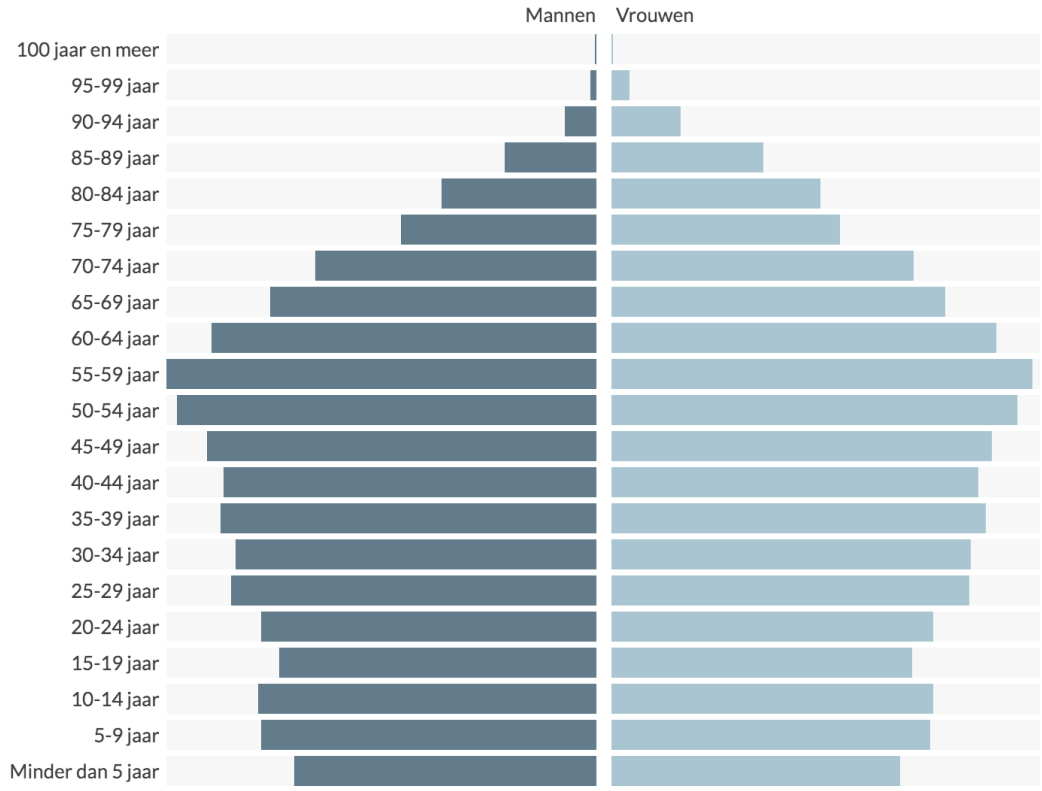
34. Lewis E, Cardona-Morell M, Ong Ky, et al. Evidence still insufficient that advance care documentation leads to engagement of healthcare professionals in end-of-life discussions: a systematic review. Palliat med. 2016;30(9):807-24.

35. Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, et al. Healthcare professionals' perceptions of advance care planning In palliative care unit: a qualitative descriptive study. J clin Nurs. 2021;30(5-6):633-644.

36. Hubert MT, Highland JD, Krishnamoorthi VR, et al. Utilizing the electronic health record to improve advance care planning: a systematic review. Am J hosp palliat care. 2018;35(3):532-541.

37. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in the elderly. Med Clin North am. 2015;99(2):391-403.

Bijlage 1 : Bevolkingspiramide



Bron: Statistiek Vlaanderen. Bevolking naar leeftijd en geslacht. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht. [Geraadpleegd 2021 maart 9].

Bijlage 2: Topic guide

Populatie

- Leeftijd/aantal jaren werkzaam /loondienst of niet
- Type praktijk/mono of multidisciplinair
- Wekelijkse overlegmoment? Wat wordt er besproken?
- Specifieke interesse in vroegtijdige zorgplanning/specifieke interesse in palliatieve zorg?

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) algemeen

- Kent u het begrip VZP? Bent u vertrouwd met dit begrip? Wat betekent VZP voor u?
- Komt VZP aan bod binnen jullie werkgroep? Op welke manier?
- Bent u op de hoogte van de visie van collega's binnen uw eigen of andere discipline rond VZP/hoe info verkregen? Wens tot het verkrijgen van deze info
- Past u zelf VZP toe?hoe? welke emoties? Barriers? Wat is positief? Welke discipline moet initiatief nemen?

Samenwerking VZP

- Neemt u contact op met andere disciplines rond VZP? Hoe? Wenst u dit? Wie? Op welke manier? Wanneer?
- Wordt u gecontacteerd door andere disciplines rond VZP? Hoe? Wenst u dit? Wie? Op welke manier?wanneer?
- Emoties bij contactname andere discipline
- Vindt er registratie plaats van dit contact? Hoe? Waar? Wenst u dit?
- Wordt u zelf gecontacteerd door collega's rond VZP?
- Spreekt de patiënt u soms aan rond VZP? Context? Wat doet u hiermee.
- Ideale team voor samenwerking/voordelen samenwerking/suggesties om samenwerking tot stand te laten komen

Bijlage 3: Protocol

Inleiding: Vroegtijdige zorgplanning is een onderwerp binnen de gezondheidszorg en specifiek binnen de eerste lijn dat niet meer weg te denken is. Vroegtijdige zorgplanning wordt namelijk gedefinieerd als een vorm van communicatie tussen een zorgverlener en de patiënt waarbij de toekomstige zorgdoelen van de patiënt besproken en gepland worden. Hierbij baseert men zich op wat de patiënt als een kwaliteitsvol leven en kwaliteitsvolle zorg ziet. Algemeen kan er gesteld worden dat er gezien het actuele karakter van vroegtijdige zorgplanning binnen de huisartsgeneeskunde, al veel onderzoek verricht werd naar dit onderwerp en dit zowel bij huisartsen als internationaal. Toch is niet alles over dit onderwerp reeds volledig uitgewerkt en gekend. Zo werd de manier waarop er op interprofessioneel vlak omgegaan wordt met vroegtijdige zorgplanning nog onvoldoende geëxploreerd.

Onderzoeksvraag: deze masterproef heeft als doel de interprofessionele samenwerking binnen vroegtijdige zorgplanning in kaart te brengen. Om dit te verwezenlijken, werden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

-Is er interprofessionele samenwerking aanwezig binnen vroegtijdige zorgplanning?
- Is er interprofessionele samenwerking rond dit thema binnen zorgverleners van de eerste lijn?
- Is er interprofessionele samenwerking rond vroegtijdige zorgplanning tussen de eerste en tweede lijn?

-Hoe gebeurt de interprofessionele samenwerking binnen vroegtijdige zorgplanning?
-Wordt vroegtijdige zorgplanning door 1 of meerdere hulpverleners verricht?
-Gebeurt er communicatie rond de besluiten van een dergelijk gesprek?

-Hoe voelen de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking in het kader van vroegtijdige zorgplanning?

Methodologie: Hierbij zal er eerst aan de hand van een verkennende literatuurstudie een algemeen beeld geschetst worden van het begrip vroegtijdige zorgplanning en rond samenwerking binnen vroegtijdige zorgplanning in het bijzonder. Na dit verkennend literatuuronderzoek wensen we in deze masterproef aan de hand van een veldonderzoek de huidige stand van zaken rond samenwerking binnen Vroegtijdige zorgplanning in kaart te brengen. Hier zal er gewerkt worden aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews en focusgroepgesprekken. Binnen deze master na master thesis, werd er gekozen om vijf categorieën van zorgverleners te betrekken in het onderzoek. De onderzoeksgroep zal bestaan uit huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, artsen uit de tweede lijn (hoofdzakelijk binnen de discipline oncologie) en sociaal werkers werkzaam in de ziekenhuissetting. Deze deelnemers die meewerken aan het veldonderzoek maken het mogelijk om een beeld te vormen van de bestaande interprofessionele samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn enerzijds en in beperkte mate tussen eerste en tweede lijn. Er werd gekozen om te beperken tot deze vijf disciplines na het in kaart brengen van de zorgverleners die nauw bij de zorg van een patiënt staan in een mogelijks toekomstige palliatieve setting. Er werd bijkomend geopteerd om zorgverleners die op regelmatige basis in overleg treden met de huisarts te bevragen rond dit onderwerp. Omwille van deze reden werd er gekozen om in deze thesis huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, oncologen en sociaal werkers in de ziekenhuissetting te betrekken in het onderzoek. De onderzoeksgroep zal gerekruteerd worden in West-Vlaanderen. Om inzicht te verwerven in het standpunt van de artsen uit de tweede lijn (oncologen) en de sociaal

werkers werkzaam in de ziekenhuissetting, zullen deze hulpverleners werkzaam in volgende ziekenhuizen gecontacteerd worden: AZ Damiaan Oostende, AZ sint Jan Brugge/Oostende, AZ sint Lucas Brugge, AZ delta Torhout/Roeselare en AZ West (Veurne). Vervolgens zullen huisartsen, thuisverpleegkundigen en kinesitherapeuten werkzaam in volgende steden en gemeentes: Oostende, Brugge, Gistel, Oudenburg, Ichtegem, Zedelgem, Torhout, Jabbeke en Middelkerke gecontacteerd worden ter deelname aan deze studie. Er wordt voor dit geografisch gebied geopteerd, gezien het huidige werkgebied van de Haio/onderzoeker. De hulpverleners zullen een email (bijgevoegd in bijlage) ontvangen met info rond de studie en vraag tot deelname. Bij interesse zal de hulpverlener telefonisch gecontacteerd worden. Hierbij zal verdere informatie en concrete afspraken rond deelname aan de studie besproken worden. Na het doornemen van de bijgevoegde informatiebrief en het ondertekenen van informed consent zal er een diepte interview of focusgroepgesprek, naargelang de wensen van de deelnemer plaatsvinden. De gesprekken zullen plaatsvinden op een locatie naar keuze van de deelnemende hulpverlener. Vervolgens zal het interview/focusgroepgesprek volgens de opgestelde interviewguide (bijgevoegd in bijlage gebeuren. Hierbij zullen de gesprekken opgenomen worden met een iPhone 11. De interviews zullen nadien uitgetypt en geanalyseerd worden om tot een besluit te komen. De gegevens worden hierbij volledig anoniem verwerkt worden.

Te verwachten resultaten: door een antwoord te formuleren op de beschreven onderzoeksvragen, zal er gepoogd worden de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, en de samenwerking binnen de eerste lijn tussen verpleegkundigen, huisartsen en kinesitherapeuten in beeld te brengen in het kader van vroegtijdige zorgplanning. Indien mogelijk zullen er adviezen voor de praktijk geformuleerd worden.

Bijlage 4: Goedkeuring 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-11206	NVT	18/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Interprofessionele samenwerking binnen vroegtijdige zorgplanning. Scriptie Silke Francq"

B.U.N.: B6702021001102

- Begeleidende brief dd. 02/11/2021 (ontvangen dd. 09/11/2021)
- Adviesaanvraagformulier document in het kader van MaNaMa versie 1 dd. 09/11/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers versie 1, dd. 2/11/2021
- Interview Guide vroegtijdige zorgplanning (VZP) algemeen ontvangen dd. 09/11/2021
- Rekruteringsmateriaal e-mail deelnemers veldonderzoek Silke Francq ontvangen dd. 09/11/2021

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.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities*

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

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

Bijlage 5: informatiebrief deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: interprofessionele samenwerking binnen VZP

Geachte

Ik ben Silke Francq, huisarts in opleiding. In het kader van mijn opleiding schrijf ik een masterproef rond interprofessionele samenwerking binnen vroegtijdige zorgplanning. Deze masterproef wordt begeleid door Prof. Pype en Dr. Mertens verbonden aan de Universiteit Gent. Hierbij nodigen we u graag uit deel te nemen aan deze studie. Graag vragen we u voor u al dan niet beslist deel te nemen aan dit onderzoek, deze informatiebrief grondig door te nemen. Bij onduidelijkheden of nood aan bijkomende informatie, zijn wij graag bereid u verdere informatie te verschaffen.

1. Situering studie

Vroegtijdige zorgplanning, een vorm van communicatie tussen zorgverlener en patiënt waarbij toekomstige zorgdoelen van de patiënt besproken en gepland worden, is een onderwerp dat binnen de gezondheidszorg en specifiek binnen de eerste lijn niet meer weg te denken is. Er werd de voorbije jaren dan ook al uitgebreid onderzoek verricht naar dit onderwerp. Na het verrichten van een literatuuronderzoek, blijkt echter dat nog niet alles rond dit onderwerp reeds volledig uitgewerkt en gekend is. Zo werd de manier waarop er op interprofessioneel vlak omgegaan wordt met VZP nog onvoldoende geëxploreerd. Deze masterproef heeft dus als doel de interprofessionele samenwerking binnen VZP in kaart te brengen. Om dit te verwezenlijken zal er onderzoek verricht worden naar het feit of er op dit ogenblik samenwerking binnen VZP aanwezig is, hoe deze samenwerking verloopt en ten slotte hoe de hulpverleners zich bij deze vorm van samenwerking voelen. Hierbij zal er gefocust worden op de ervaringen van de huisarts, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten en oncologen. Op deze manier hopen we de huidige stand van zaken rond interprofessionele samenwerking binnen VZP in kaart te brengen.

2. Hoe verloopt de studie?

U zal uitgenodigd worden deel te nemen aan een interview die maximaal een 60-tal minuten in beslag zal nemen. Hierbij zal er aan de hand van hoofdzakelijk open vragen gepeild worden naar uw ervaringen met VZP en in het bijzonder naar samenwerking binnen dit domein. Het interview kan plaatsvinden op een locatie naar uw keuze. Het interview zal worden opgenomen en nadien zal er een analyse van de verkregen gegevens plaatsvinden. Alle informatie wordt volledig anoniem verwerkt.

3. Kosten en vergoedingen?

Er zijn geen kosten aan deze studie verbonden. Daarnaast zal u ook geen vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

4. Risico's en verzekeringen

Er zijn geen risico's verbonden aan de deelname van dit onderzoek.

Indien u na het doornemen van deze informatiebrief beslist deel te nemen aan deze studie, zal er van u gevraagd worden het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS AAN EEN EXPERIMENT

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment" pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijks willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever van de studie. Te allen tijde zal mijn privacy gerespecteerd worden.
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 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 onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:	
1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker	
2) Ik ben akkoord dat er een interview/focugroepgesprek zal plaatsvinden	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

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.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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