Interprofessioneel samenwerken in de palliatieve thuiszorg met huisartsen: het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe

Lenaerts Lauren, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Tsakitzidis Giannoula, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Wens Johan, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Abstract

Inleiding

Kwaliteitsvolle palliatieve zorg in de thuissituatie realiseren vereist een goede samenwerking tussen zorgverleners van verscheidene disciplines. In de eerste lijn kan er in Vlaanderen bij te complexe zorgnoden in de palliatieve zorg, beroep gedaan worden op palliatieve thuiszorgequipes. In deze equipes zijn onder andere meerdere verpleegkundigen werkzaam met expertise in de palliatieve zorg. Onderzoek naar de ervaringen van deze verpleegkundigen over de samenwerking met de huisarts is beperkt. In deze masterproef zal deze samenwerking daarom verder geëxploreerd worden.

Onderzoeksvragen

- Wat is er geweten over interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes?
- Hoe wordt vanuit het perspectief van de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes de interprofessionele samenwerking met de huisartsen ervaren?
- Wat is er geweten over de bereikbaarheid van huisartsen in het kader van palliatieve zorg?

Methode

Eerst werd in een oriënterend literatuuronderzoek onderzocht wat er al geweten is over de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes. In een tweede deel werd een veldonderzoek uitgevoerd waarbij enerzijds semi-gestructureerde interviews werden afgenomen bij zes verpleegkundigen van palliatieve thuiszorgequipes in Vlaanderen. Om de bereikbaarheid van de huisarts voor de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe te objectiveren werd daarnaast een registratie uitgevoerd van communicatie bij het leveren van palliatieve zorg. Deze registratie gebeurde in situaties waarbij meteen of diezelfde dag contact met de huisarts noodzakelijk was.

Resultaten

In het oriënterend literatuuronderzoek werden zeven overkoepelende thema's teruggevonden: relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, het centraal staan van de patiënt, expertise, communicatie, taakbeschrijving en verantwoordelijkheid, interprofessioneel leren en kosteneffectiviteit. De resultaten uit de interviews tonen dat de samenwerking met de huisarts over het algemeen positief ervaren wordt. In deze samenwerking hebben zij een tweedelijnsfunctie waarbij zij de huisarts ondersteunen bij het verlenen van palliatieve zorg. Er vindt weinig interprofessioneel overleg plaats. In tegenstelling tot de wisselende resultaten in zowel de literatuur als in de interviews over de bereikbaarheid van de huisarts, blijkt deze in de case-flow analyse eerder positief te zijn.

Conclusie

De samenwerking met de huisarts wordt door de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe over het algemeen positief ervaren. Verder onderzoek naar het betrokken worden in interprofessioneel overleg is nodig. De case-flow analyse uitgevoerd in deze masterproef vormt een aanzet om dit onderzoek op grootschaliger niveau uit te voeren.

Inhoudstafel

Abstract 3

Inhoudstafel 4

1. Inleiding 5
   1.1. Motivatie en opzet onderzoek 5
   1.2. Onderzoeksvragen 5
2. Oriënterend literatuuronderzoek 6
   2.1. Inleiding 6
   2.2. Methode 7
   2.3. Resultaten 8
   2.4. Discussie 17
      2.4.1. Sterktes en zwaktes van het oriënterend literatuuronderzoek 19
      2.4.2. Toekomstig onderzoek 19
   2.5. Conclusie 19
3. Veldonderzoek 20
   3.1. Onderzoeksopzet 20
   3.2. Methode 21
   3.3. Resultaten 21
      3.3.1. Resultaten interviews 21
         3.3.1.1. Kennismaken 22
         3.3.1.2. Zorgplan opstellen 23
         3.3.1.3. Reflectie en evaluatie 24
         3.3.1.4. Ethisch handelen 26
         3.3.1.5. Communicatie 26
      3.3.2. Resultaten registratie communicatie 27
4. Discussie 33
   4.1. Belangrijkste bevindingen en vergelijking met de bestaande literatuur 33
   4.2. Sterktes en zwaktes 35
   4.3. Implicaties voor onderzoek 36
   4.4. Implicaties voor de praktijk 36
5. Conclusie 36
6. Dankwoord 37
7. Bibliografie 38
8. Bijlagen 42
   8.1. Bijlage 1: Zoekstrategieën in de verschillende databanken 42
   8.2. Bijlage 2: Infofiche over deelnemer interview 44
   8.3. Bijlage 3: Draaiboek vragenlijst interview 45
   8.4. Bijlage 4: Invuldocument per case-flow 46

1. Inleiding

1.1. Motivatie en opzet onderzoek

In Vlaanderen zijn er verschillende palliatieve thuiszorgequipes die de huisarts en thuisverpleegkundige ondersteunen in de palliatieve zorg voor de patiënt. (1) Reeds als stagiair geneeskunde kwam ik tijdens mijn stage huisartsgeneeskunde in contact met de palliatieve thuiszorgequipe. Door enkele van hun vergaderingen bij te wonen en door zowel tijdens mijn stage als tijdens mijn opleiding tot huisarts in contact te komen met palliatieve patiënten, werd mijn interesse gewekt. Het leek mij interessant en nuttig om voor mijn masterproef onderzoek te doen rond deze interprofessionele samenwerking.
Bij het nagaan van andere masterproeven van huisartsen-in-opleiding stelde ik vast dat er al heel wat onderzoek gedaan werd naar de interprofessionele samenwerking in de palliatieve thuiszorg. Onderzoek naar hoe deze samenwerking wordt ervaren door de thuisverpleegkundigen en door de huisarts zelf gebeurden al. Onderzoek vanuit het standpunt van de verpleging van de palliatieve thuiszorgequipe is eerder beperkt. (2–10) Bovendien hoorde ik verschillende meningen omtrent de bereikbaarheid van de huisarts voor de palliatief verpleegkundige en dan vooral op momenten dat er een dringende vraag is. In deze masterproef zal daarom het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe verder geëxploreerd worden.

Het onderzoek betreft een mixed-methods onderzoek waarbij de focus zal liggen op het kwalitatieve luik. Allereerst is het nuttig om meer duidelijkheid te hebben over wat er al geweten is over deze interprofessionele samenwerking in de literatuur. Dit eerste onderdeel van het onderzoek zal dus gebeuren op basis van een oriënterend literatuuronderzoek.
Een tweede deel zal bestaan uit een veldonderzoek. Om meer duidelijkheid te krijgen over hoe de verpleegkundigen van palliatieve thuiszorgequipes de samenwerking met de huisarts ervaren, worden er interviews georganiseerd. Er zal ook dieper ingegaan worden op het onderwerp ‘bereikbaarheid’. Naast deze interviews zal er binnen één palliatieve thuiszorgequipe via case-flow-analyse een registratie van de telefoons (en eventuele andere communicatievormen) van de palliatief verpleegkundige naar de huisarts gebeuren om een beter zicht te krijgen op deze bereikbaarheid.

1.2. Onderzoeksvragen

Het onderzoek is opgedeeld in drie onderzoeksvragen.

- Wat is er geweten over interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes?
- Hoe wordt vanuit het perspectief van de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes de interprofessionele samenwerking met de huisartsen ervaren?
- Wat is er geweten over de bereikbaarheid van huisartsen in het kader van palliatieve zorg?

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag zal er gezocht worden in de literatuur. Het beantwoorden van de twee andere onderzoeksvragen zal nagestreefd worden door middel van het hierboven beschreven veldonderzoek.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Inleiding

Kwaliteitsvolle palliatieve zorg realiseren vereist heel wat competenties van de betrokken zorgverleners. Naast de nodige kennis en vaardigheden speelt de samenwerking met andere gezondheidsmedewerkers een belangrijke rol. (11) Dit interprofessioneel samenwerken biedt een antwoord op de holistische aanpak die nodig is bij het zorgen voor een palliatieve patiënt. (12) Tussen het vaststellen van een ongeneeslijke ziekte en het moment van overlijden gaat dan ook vaak een lange periode vooraf waarbij niet alleen pijn- en symptoomcontrole van belang is. Ook aandacht voor psychosociale, culturele en spirituele aspecten, naast een goede communicatie en coördinatie is belangrijk. (13–15). De samenwerking tussen de verschillende zorgverleners heeft dan ook belangrijke voordelen. Niet alleen wordt op die manier de expertise gebundeld, maar kan informatie uitgewisseld worden die elke zorgverlener vanuit zijn of haar functie verkrijgt van de patiënt. (16) Een goed begrip van de wensen van de patiënt is dan ook onontbeerlijk voor het opstellen van een individueel behandel- en zorgplan. (17)

Verscheidene disciplines maken deel uit van het team rondom de palliatieve patiënt en zijn of haar mantelzorgers. Samenwerking tussen onder andere artsen, verpleegkundigen, paramedici, apothekers en vrijwilligers is hierbij belangrijk. (15) Als de palliatieve zorg georganiseerd wordt in de thuissituatie, nemen de eerstelijns zorgverleners deze taak op zich. (18) Immers, uit een bevraging in Vlaanderen blijkt dan ook dat 71,6% van de mensen thuis wenst te sterven als zij geconfronteerd zouden worden met een ernstige ziekte. (19) De sterftecijfers van 2021 in Vlaanderen toonden dat 23,99 procent van de populatie ook effectief thuis stierf en 29,83 procent van de populatie stierf in het woonzorgcentrum. (20)

In de palliatieve thuiszorg is binnen deze multidisciplinaire benadering van de palliatieve patiënt de samenwerking tussen huisarts en thuisverpleegkundige van groot belang. Kwalitatief onderzoek toonde aan dat deze samenwerking best zo snel mogelijk opgestart wordt en dat regelmatig contact tussen beide partijen ervoor kan zorgen dat hospitalisaties worden vermeden. (21) Een kwalitatieve meta-synthese over ervaringen van verpleegkundigen die palliatieve zorg verlenen, stelde zelfs dat “een goede relatie met de huisarts wordt beschouwd als de voorwaarde voor goede kwaliteit van zorg”. (22)

Naast de zorg geleverd door de eerste lijn, kan er in de palliatieve thuiszorg bij te complexe zorgnoden beroep gedaan worden op gespecialiseerde hulp. Internationaal wordt deze gespecialiseerde hulp gerealiseerd door middel van uiteenlopende zorgmodellen. (23) In Vlaanderen zijn er 15 palliatieve thuiszorgequipes beschikbaar om de eerste lijn te ondersteunen bij het verlenen van palliatieve zorg in de thuissituatie. Binnen een palliatieve thuiszorgequipe zijn een of meerdere equipeartsen, verpleegkundigen, administratief medewerkers en eventueel een psycholoog en vrijwilligers actief. (1) De palliatieve thuiszorgequipes hebben vooral een adviserende functie. Op vraag en met goedkeuring van de betrokken zorgverleners van de eerste lijn kunnen zij echter ook ondersteuning bieden in de palliatieve verzorging en begeleiding. (24) In dit zorgmodel is dus een belangrijke samenwerking tussen de eerste lijn en de palliatieve thuiszorgequipe.

Onderzoek naar aspecten die belangrijk zijn voor een goede interprofessionele samenwerking in de eerste lijn, werd al uitgevoerd. Tsakitzidis en Van Royen beschreven een theoretisch concept van interprofessioneel samenwerken in de gezondheids- en welzijnszorg. Dit model geeft weer hoe een

team bestaande uit verschillende disciplines in de eerste lijn interprofessionele zorg optimaal kan realiseren. Het heeft tot doel geïntegreerde zorg te bewerkstelligen. Aan dit model kunnen vijf bouwstenen gekoppeld worden belangrijk in interprofessioneel samenwerken: kennis maken, plan opstellen, reflectie en evaluatie, ethisch handelen, communiceren. (25,26) In een systematic review uit 2012 met onderzoek naar factoren belangrijk voor een goede samenwerking tussen huisartsen en gespecialiseerde palliatieve zorg, konden vijf elementen weerhouden worden: goede communicatie, opleiding, duidelijke beschrijving van functies en verantwoordelijkheden, gepaste en tijdige toegang tot gespecialiseerde palliatieve zorg en gecoördineerde en continue ondersteuning. (27)

Onderzoek naar de samenwerking specifiek tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe is beperkt. In deze masterproef zal deze samenwerking verder geëxploreerd worden vanuit het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe. Om het veldonderzoek van deze thesis te kaderen, zal er in dit oriënterend literatuuronderzoek onderzocht worden wat er al geweten is over de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes.

2.2. Methode

Voor het literatuuronderzoek werd er gezocht in Pubmed, Embase en Cochrane. Volgende termen werden gecombineerd in een zoekstrategie (zie bijlage 1): palliatieve thuiszorgequipe, palliatief verpleegkundige of palliatieve zorg samen met de termen huisarts en interprofessionele samenwerking.

Volgende inclusiecriteria werden toegepast: Engels- en Nederlandstalige artikels, artikels met resultaten over de samenwerking tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige verbonden aan een palliatieve thuiszorgequipe en dus enkel werkzaam in de thuissituatie. Er werden drie exclusiecriteria toegepast. Artikels voor 2013 werden niet meegenomen. Artikels waarbij de samenwerking gaat over een thuisverpleegkundige die een extra opleiding heeft in de palliatieve zorg, maar enkel als thuisverpleegkundige actief is, werden uitgesloten voor dit literatuuronderzoek. Als laatste werden ook artikels waarbij patiënten voor advies of opvolging door een palliatief team zich telkens naar het ziekenhuis moeten begeven, niet meegenomen.

Duplicaten, artikels voor 2013 en artikels in een andere taal dan het Nederlands of Engels werden er eerst uit gehaald. Nadien werden artikels op titel en abstract geselecteerd. Van de overgebleven artikels werd de volledige tekst gelezen. De referentielijsten van de geïncludeerde artikels werden nagekeken waarbij opnieuw enkel artikels die voldeden aan de in- en exclusiecriteria, gescreend werden.

Hierna werd er gezocht in de databanken van masterproeven beschikbaar op de website ICHO vzw naar masterproeven die niet terug te vinden waren in een van de onderzochte databanken. Hiervoor werden de zoektermen “palliatief” en “palliatieve”, “interprofessioneel” en “interprofessionele”, “samenwerking”, “samenwerken” en “samen werken” in de zoekbalk ingegeven. Duplicaten en masterproeven waarvan enkel het abstract zichtbaar is, werden geëxcludeerd. Verder werden dezelfde in- en exclusiecriteria gebruikt behalve het jaar van afstuderen aangezien dit in vele masterproeven niet duidelijk terug te vinden was. Ook hier werden referentielijsten nagekeken op relevante artikels voor de onderzoeksvraag met dezelfde in- en exclusiecriteria inclusief de beperking in jaartal.

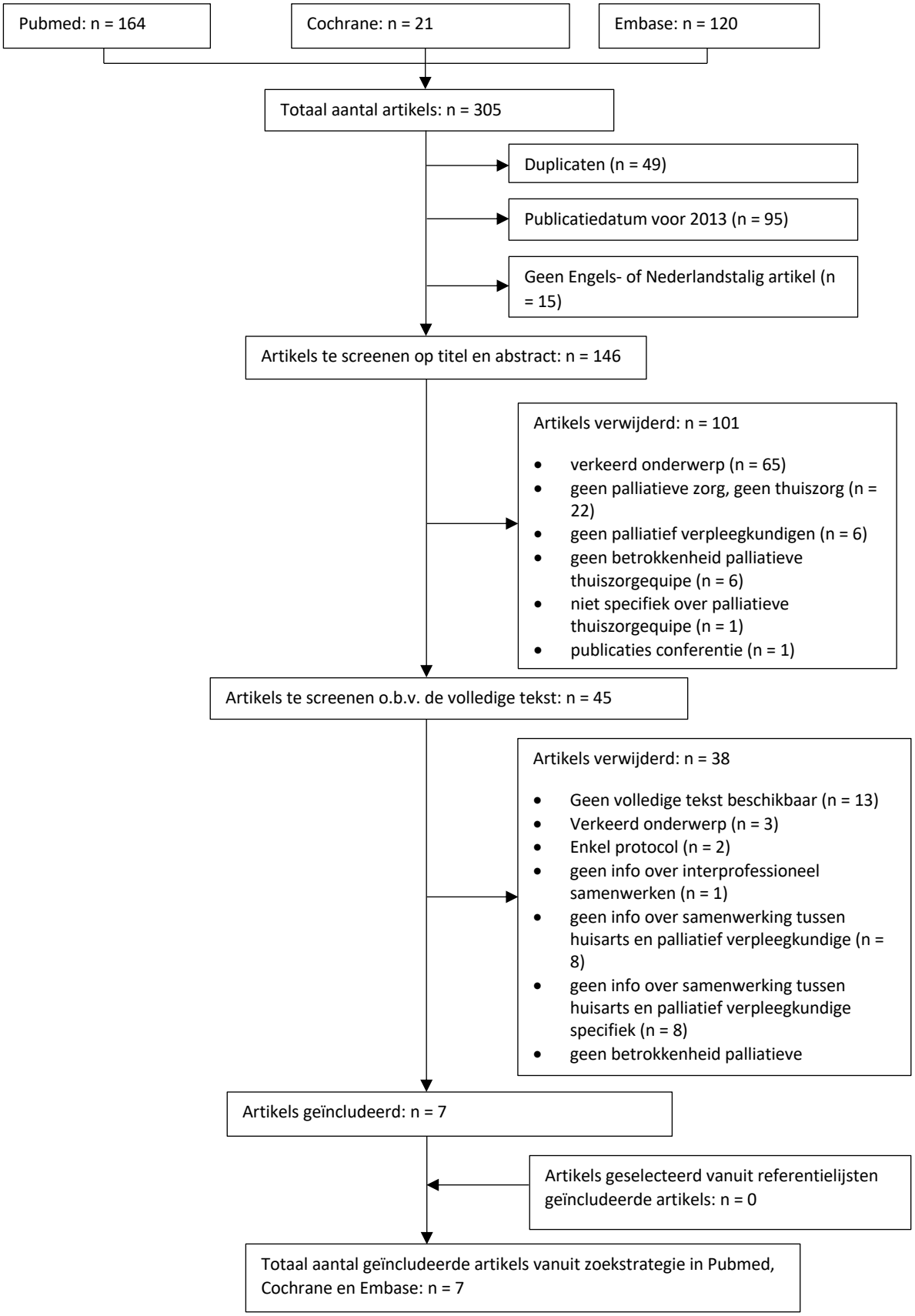
Na het lezen van de volledige tekst van geïncludeerde artikels werden de resultaten opnieuw gelezen. De alinea's die gegevens opleverden over dit interprofessioneel samenwerken, kregen een thema toebedeeld. Nadien werden deze resultaten per thema samengevat en neergeschreven om zo een overzicht te kunnen maken van de resultaten uit de verschillende artikels.

2.3. Resultaten

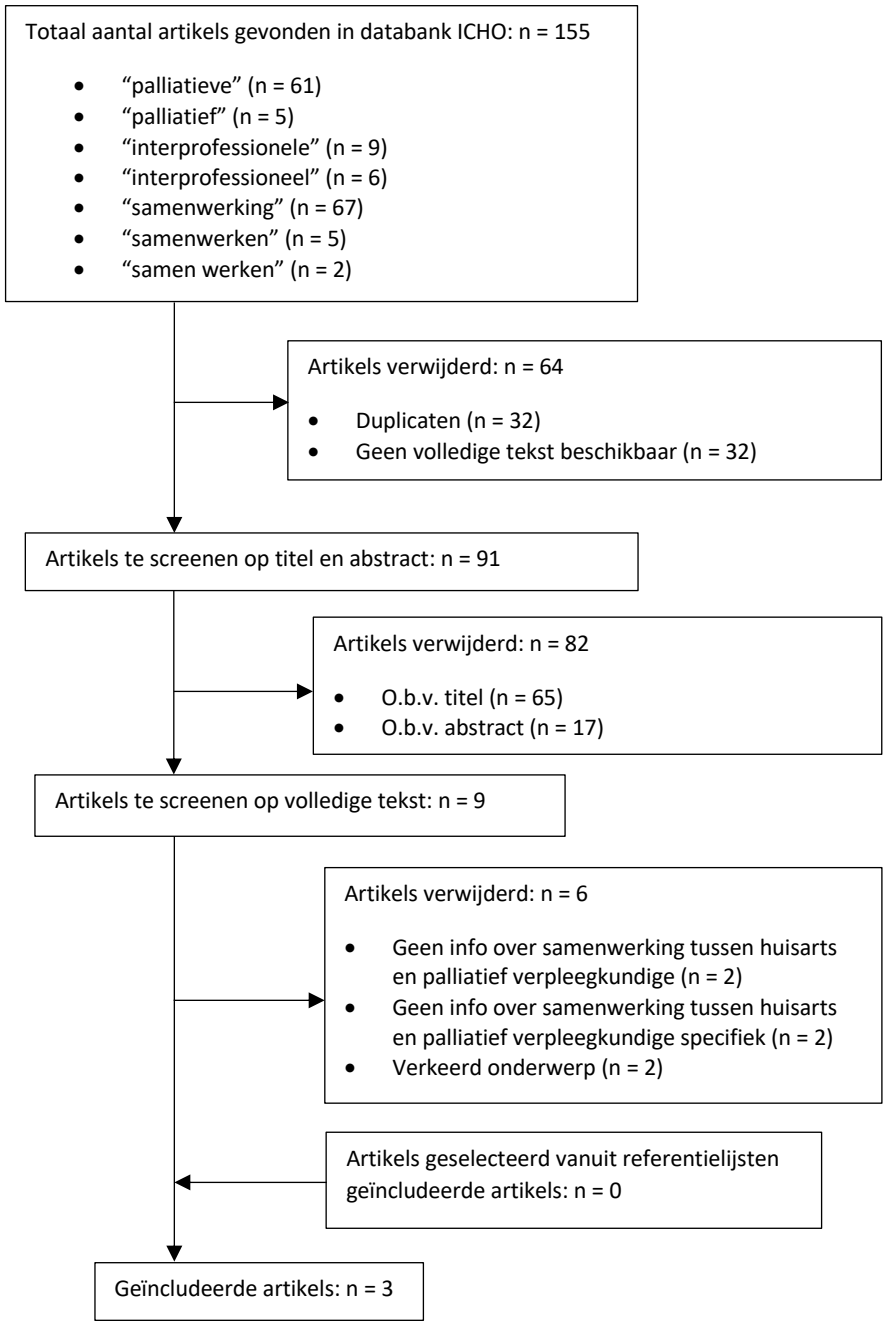
Er werden 305 resultaten bekomen vanuit Pubmed, Embase en Cochrane waarvan 49 duplicaten. Hiervan werden 45 artikels geselecteerd op basis van titel en abstract waarbij van 32 artikels de volledige tekst beschikbaar was. Uiteindelijk werden zeven artikels geïncludeerd waarbij geen relevante artikels in de referentielijsten werden gevonden. In de database van het ICHO werden in totaal 155 masterproeven gevonden, waarvan 32 duplicaten en 32 artikels waarbij enkel titel en abstract beschikbaar waren. Na het toepassen van de in- en exclusiecriteria en te screenen op titel, abstract en eventueel de volledige tekst, bleven er drie artikels over die voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Er werden geen bijkomende artikels in de referentielijsten gevonden die voldeden aan de in- en exclusiecriteria. In totaal werden er voor dit literatuuronderzoek tien artikels geïncludeerd. In figuur 1 en 2 worden de stroomschema's getoond van de toegepaste zoekstrategieën. Tabel 1 toont een overzicht van de geïncludeerde studies met het doel van het onderzoek, de onderzoeksvragen, de gebruikte methode en een beknopt overzicht van de resultaten.

Uit de tien artikels werden er zeven overkoepelende thema's teruggevonden in de resultaten die informatie opleverden over interprofessioneel samenwerken tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige van de thuiszorgequipe. Volgende thema's werden weerhouden: relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, de patiënt staat centraal, expertise, communicatie, taakbeschrijving en verantwoordelijkheid, interprofessioneel leren en kosteneffectiviteit.

Figuur 1: Stroomschema zoekstrategie in Pubmed, Cochrane en Embase



Figuur 2: Stroomschema zoekstrategie ICHO vzw databank



Tabel 1: Overzicht geïncludeerde studies

Studie	Doel onderzoek	Onderzoeksvragen	Methode	Resultaten/Conclusie
Pype et al. 2013 (28)	"Beschrijven van het perspectief van de huisarts over het interprofessioneel samenwerken in palliatieve zorg."	• "Wat zijn de ervaringen en perspectieven van zorgverleners over interprofessionele samenwerking tijdens palliatieve thuiszorg?" • "Wat zijn de factoren die de kwaliteit van interprofessionele samenwerking tijdens palliatieve thuiszorg beïnvloeden volgens zorgverleners?"	• Focusgroepen met zorgverleners in Vlaanderen • Deelnemers: huisartsen, leden van de palliatieve thuiszorgequipe, leden van organisaties verantwoordelijk voor training en opleiding	• De patiënt staat centraal, goede relaties tussen zorgverleners zijn belangrijk • Belang van opleiding van de zorgverleners in palliatieve zorg voor een goede samenwerking • Belang van goede communicatie en een duidelijke taakbeschrijving
Pype et al. 2014 (29)	"Onderzoek naar de aandacht die verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe besteden aan de leernoden van huisartsen, naar leeractiviteiten en naar de bruikbaarheid van het verpleegdossier voor het rapporteren van interprofessionele interacties met verwijzing naar werkplaats leren."	• "Aantal en type contacten (telefonisch en face-to-face) tussen verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe en huisartsen" • "Onderwerpen die bediscussieerd worden tijdens deze contacten" • "Leeractiviteiten van huisartsen zoals ze waargenomen worden door de verpleging tijdens deze contacten"	Descriptieve retrospectieve beoordeling van dossiers	• "De meeste contacten vonden telefonisch plaats." • Uiteenlopende onderwerpen komen aan bod. • "In 23,7% van de contacten was een leernood aanwezig."
Pype et al. 2014 (30)	• "Beschrijving van de perspectieven en voorkeuren van verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe over het delen van hun kennis en expertise met huisartsen" • "Beschrijving van perspectieven en voorkeuren van verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe over de balans tussen zorg voor de patiënt en zorg voor het team" • "Beschrijving van hoe deze perspectieven en voorkeuren het opnemen van een rol als begeleider in het leren van de huisarts beïnvloeden"	Niet specifiek benoemd	Semi-gestructureerde interviews met palliatief verpleegkundigen	• 3 groepen worden onderscheiden in het delen van expertise met huisartsen: enkel advies geven op vraag, actief delen van expertise, d.m.v. reflectie van de huisarts het leerproces stimuleren. • De zorg voor de patiënt staat centraal met een continuüm tussen verpleegkundigen die optreden als vertegenwoordiger van de patiënt en verpleegkundigen die de interprofessionele relaties hoog in het vaandel houden. • 4 gedragstypes betreffende het onderrichten van de huisarts: "Clinical expert-style, buddy-style, coach-style, mediator-style"
Pype et al. 2014 (31)	"Onderzoek naar de impact van samenwerking in interprofessionele zorgteams op het leren"	Primaire vragen • "Wat leren huisartsen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe tijdens het samenwerken?" • "Hoe leren huisartsen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe tijdens het samenwerken?"	Cross-sectioneel onderzoek d.m.v. online vragenlijsten	• Tijdens het interprofessioneel samenwerken wordt er in verschillende domeinen van elkaar geleerd: psychosociale onderwerpen, fysieke problemen, religieuze en spirituele onderwerpen, samenwerking, organisatie. • Er wordt geleerd d.m.v. discussie en reflectie, luisteren en observeren, leren uit fouten, gebruik van hulpmiddelen.

		• "Van wie leren huisartsen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe tijdens het samenwerken?"		• "Huisartsen leren meestal van patiënt en familie, verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe en via zelfstudie." • "Verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe leren van patiënt en familie, huisarts en andere."
Pype et al. 2018 (32)	"Onderzoek naar de manier waarop werkplek leren zich voordoet als groeiend gedrag bekeken vanuit het CAS principe • Systematisch identificeren van alle CAS principes zoals deze tot uiting komen in de beschrijving van zorgverleners over de samenwerking in een netwerk structuur • Beschrijven van het functioneren van het hele team volgens de CAS principes • Factoren onderzoeken die van invloed zijn op het werkplekleren in een verdeeld team als groeiend gedrag van een CAS"	Niet specifiek benoemd	• Semi-gestructureerde interviews • Deelnemers: thuisverpleegkundigen, verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe, huisartsen	• "Alle CAS principes konden teruggevonden worden…" • Per CAS principe werden bepaalde patronen waargenomen die het functioneren van het hele team beschrijven. • Meerdere factoren werden geïdentificeerd met effect op het werkplekleren.
Dhollander et al. 2020 (33)	• "Beoordeling van de haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de studie procedure" • "Beoordeling van de haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de componenten van de EPHECT interventie volgens patiënten, mantelzorgers en professionele zorgverleners" • "Onderzoek naar de voorlopige effectiviteit en de vermeende effecten van de EPHECT interventie op de kwaliteit van leven van patiënten en mantelzorgers"	Niet specifiek benoemd	• interviews met patiënten, mantelzorgers, huisartsen en oncologen • focusgroep met de palliatieve thuiszorgequipe • vragenlijst in te vullen door patiënten en mantelzorgers	• "… goede haalbaarheid en aanvaardbaarheid volgens zowel patiënten, mantelzorgers en profressionele zorgverleners" • Enkele suggesties i.k.v. verbetering van de interventie voor groter onderzoek werden gevonden • Geen significante effecten van de EPHECT interventie werden gevonden
Gottschalk et al. 2023 (34)	"Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van een gestructureerde consultatie door een verpleegkundige van gespecialiseerde palliatieve thuiszorg gevolgd door een interprofessionele telefonische casusbespreking voor patiënten met gevorderde chronische niet-maligne aandoeningen, vanuit het perspectief van de gemeenschap."	Niet specifiek benoemd	multicentrisch, cluster gerandomiseerd gecontroleerde studie	Geen significante verschillen in kosteneffectiviteit
Ameye et al. (masterproef) (10)	"Onderzoek naar de invloed van onderlinge verschillen in identiteit en karakter van de verschillende huisartsen op de samenwerking met het palliatief zorgteam en onderzoek naar de verwachtingen van huisartsen en hoe palliatief verpleegkundigen hier kunnen mee omgaan."	• "Hoe staat de Vlaamse huisarts tegenover het palliatief zorgteam wat betreft de samenwerking?" • "Hebben mogelijke verschillen in identiteit en karakter van de huisarts een invloed hierop en zo ja, kunnen de palliatief verpleegkundigen hierop inspelen?"	semi-gestructureerde interviews met huisartsen	• Identificatie van zowel positieve als negatieve punten in de samenwerking met het palliatief zorgteam • De leeftijd van de huisarts heeft een invloed op de samenwerking met de palliatief verpleegkundigen.

Rimaux et al. (masterproef) (9)	"Onderzoek naar welke plaats het interprofessioneel leren van de palliatief verpleegkundige volgens de huisarts inneemt in het huidig navormingssysteem."	• "Hoe ervaren huisartsen het interprofessioneel leren van de palliatief verpleegkundige in hun samenwerking?" • "Welke stimuli en/of barrières ondervinden huisartsen om op het interprofessioneel leren van de palliatief verpleegkundige beroep te doen?" • "Hoe kan het interprofessioneel leren in de palliatieve setting beter georganiseerd worden zodat meer huisartsen er beroep op zouden doen?"	semi-gestructureerde interviews met huisartsen	• "De huisartsen in deze studie vinden dat interprofessioneel leren een efficiënte leermethode is…" • Meerdere stimuli en barrières werden gedetecteerd die van invloed zijn om op het interprofessioneel leren van de palliatief verpleegkundige beroep te doen. • Interprofessioneel leren wordt als een efficiënte leermethode ervaren door huisartsen, waarbij het informeren van studenten geneeskunde tijdens de opleiding hierover volgens hen nuttig kan zijn zonder het op te nemen in het curriculum.
Govarts et al (masterproef) (6)	• "Een beter inzicht krijgen in de problemen die Vlaamse huisartsen ervaren in de samenwerking met andere zorgverleners betreffende palliatieve patiënten" • "Te onderzoeken wat het nut van een identificatie instrument zoals de PICT zou kunnen zijn in deze communicatie"	• "Wie zijn de betrokken zorgverleners waarmee huisartsen communiceren en samenwerken in de behandeling van palliatieve patiënten, wat wordt er besproken, en op welke manier wordt er overlegd?" • "Welke factoren beïnvloeden hoe deze samenwerking of communicatie wordt ervaren door de huisartsen en wat zijn hun voorstellen ter verbetering?" • "Zou het gebruik van de PICT een aanzet kunnen zijn om therapeutische acties te ondernemen en om hierbij dan andere zorgverleners te betrekken?" • "Is het ontvangen van een hospitalisatiebrief een geschikte trigger om de PICT af te nemen?"	literatuuronderzoek + semi-gestructureerde interviews met huisartsen	• De betrokken zorgverleners waarmee huisartsen communiceren en samenwerken in de behandeling van palliatieve patiënten zijn vooral verpleegkundigen en artsen, waarbij communicatie vooral telefonisch en schriftelijk plaatsvindt met het bespreken van afspraken over de zorg, problemen van de patiënt en vraag tot advies als onderwerpen. • Meerdere factoren werden geïdentificeerd die de samenwerking beïnvloeden met vooral voorstellen tot verbetering in digitale aspecten en initiatiefname in communicatie. • "… resultaten van de PICT kunnen een aanzet zijn voor therapeutische acties." • "Het ontvangen van een hospitalisatiebrief was een geschikte trigger om de PICT toe te passen."

CAS = Complex Adaptive Systems; EPHECT = Early Palliative Home Care Embedded in Cancer Treatment

2.3.1. Relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige

Meerdere kwalitatieve studies rapporteren over het belang van een goede relatie tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige. (10,28,30,32) Er worden heel wat argumenten aangehaald waarom een goede interprofessionele relatie zeer waardevol is. Zo zal er in de toekomst hoogstwaarschijnlijk nog vaker samengewerkt moeten worden, is er een fijnere sfeer om in te werken en komt respect voor elkaars expertise de patiënt ten goede. Eerdere goede samenwerkingen hebben als gevolg dat men elkaar gaat vertrouwen wat toekomstige samenwerkingen vlotter zal doen verlopen. (10,30,32) Er wordt gesteld dat deze relatie even belangrijk is als de arts-patiënt relatie. (28) Bovendien geven enkele verpleegkundigen aan dat zij verkiezen het beleid van de huisarts te volgen ook al zijn ze hier niet altijd mee akkoord. Dit doen ze met het oog op het behouden van die goede relatie. (30,32)

2.3.2. De patiënt staat centraal

Zorgverleners zijn het in de studies eens dat zij wensen te handelen vanuit een visie die gericht is op kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Door een goede relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige zoals hierboven beschreven, zou er een betere zorg voor de patiënt bekomen worden. (28,30,32) Vanuit dat opzicht zijn er verschillende visies over het belang dat wordt toegekend aan enerzijds de relatie met de huisarts en anderzijds het centraal stellen van de patiënt. Een eerste groep zal het beleid van de huisarts altijd volgen om de goede relatie te behouden. Daarentegen zijn andere verpleegkundigen van mening dat zij de huisarts erop moeten aanspreken als zij niet akkoord zijn met het beleid, net omdat de patiënt centraal staat. (30)

2.3.3. Expertise

Een derde onderdeel dat regelmatig terugkomt in de studies is de expertise van de palliatieve thuiszorgequipes die door huisartsen erg gewaardeerd wordt. (6,9,10) Naast deze expertise worden de communicatieve vaardigheden van de palliatief verpleegkundigen vaak hoger ingeschat dan de eigen kunde hierin. Dit heeft een betere emotionele ondersteuning van de familie tot gevolg. (9) In één studie wordt het onderscheid gemaakt tussen de jongere en oudere generatie huisartsen, waarbij de oudere generatie minder vaak advies zal vragen aan een palliatieve thuiszorgequipe. Zij vertrouwen daarentegen graag op hun eigen jarenlange ervaring. (9) Wat betreft het delen van deze expertise met de huisarts, maken Pype et al. onderscheid tussen drie methoden. Enerzijds zijn er verpleegkundigen die enkel advies zullen geven indien zij hierom gevraagd worden. Anderen achten het belangrijk hun kennis continu te blijven delen en zo bij te dragen aan het leerproces van het hele team. Nog een andere groep ziet reflectie van de huisarts zelf over de toepassing van palliatieve zorg als efficiënte manier om de kennis van huisartsen te vergroten. (30) In een ander onderzoek van Pype et al. wordt de nadruk gelegd op het belang van elkaars expertise. Door het samenbrengen hiervan komt men tot beslissingen waar iedereen van het team achterstaat. (32)

2.3.4. Communicatie

Een goede communicatie is een belangrijk onderdeel binnen interprofessionele samenwerking. (28,35) Over het algemeen blijkt uit de studies dat zowel huisartsen als de palliatief verpleegkundigen overleg vooral belangrijk vinden op momenten dat er zich problemen stellen. Overleg op geplande tijdstippen vindt dus meestal niet plaats. (9,28) Dit in tegenstelling tot de studie van DHollander et al., waarbij de visie van de huisartsen verschilt met die van de palliatief verpleegkundigen. De palliatief

verpleegkundigen nemen hetzelfde standpunt in als in de andere studies, echter huisartsen weten een kort verslag na elk huisbezoek wel te appreciëren. (33)

Als er gekeken wordt naar de manier waarop dit overleg meestal plaatsvindt, komt naar voren dat telefonisch contact het meest gebruikelijke communicatiemiddel is. (9,28,29,33) In een studie van Pype et al. werd informatie uit de verpleegkundige dossiers onderzocht. Hieruit bleek dat 70,8 procent van de contacten tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige via de telefoon verliep. (29) Ook nota's genoteerd in een schriftje bij de patiënt thuis is een gangbare methode. (28) Twee studies leveren informatie over de bereikbaarheid van zorgverleners. De masterthesis van Rimaux et al. rapporteert dat deze bereikbaarheid van palliatief verpleegkundigen als positief wordt ervaren. (9) In de studie van DHollander et al. daarentegen kwam uit de interviews en focusgroepen dat deze bereikbaarheid van zowel huisartsen als palliatief verpleegkundigen niet altijd als goed ervaren wordt. (33)

In een andere studie van Pype et al. beschrijft men het interprofessioneel samenwerken tussen de palliatief verpleegkundige en de huisarts volgens de principes van "complex adaptive systems". Hier worden er verschillende factoren aangehaald die invloed hebben op de onderlinge communicatie. Zo heeft communicatie die in het verleden reeds plaatsvond en de communicatie bij de opstart van palliatieve zorgen invloed op alle toekomstige communicatie. Daarnaast zijn er externe factoren die mee de frequentie en manier van contact tussen huisarts en palliatief verpleegkundige bepalen zoals drukke periodes van het jaar voor de huisarts, weekenddagen, … Als laatste wordt in deze studie het doel dat de zorgverleners voor ogen houden, namelijk kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt, gezien als beïnvloedende factor op communicatie tussen zorgverleners. (32)

2.3.5.Taakbeschrijving en verantwoordelijkheid

Uit de geïncludeerde studies zijn er drie artikels die rapporteren over verantwoordelijkheid en taakbeschrijving. (9,28,32) Om goed samen te kunnen werken over disciplines heen, is een goede taakbeschrijving belangrijk. Uit de studies blijkt dat deze soms ontbreekt. (28,32) Taken, maar ook verantwoordelijkheden kunnen echter wisselen doorheen de tijd. Dit als rechtstreeks gevolg van een verminderde communicatie zoals in de vorige paragraaf beschreven. Niettemin is het uiteindelijk nog steeds de huisarts die op het einde van de rit verantwoordelijk is. (32) Dit is tegenstrijdig met wat er in de masterproef van Rimaux et al. beschreven wordt, waarbij er na het uitvoeren van interviews met huisartsen twee groepen kunnen onderscheiden worden. Een grotere groep huisartsen beaamt de eindverantwoordelijkheid te dragen. Een kleinere groep ziet de zorg voor de palliatieve patiënt als een gedeelde verantwoordelijkheid met als argument geen hiërarchie te willen creëren. (9) Daarnaast moeten taken ook niet altijd verdeeld worden, maar kan het in sommige gevallen net nuttig zijn om ze samen uit te voeren zoals complexe technische handelingen, maar ook moeilijke gesprekken. (28)

2.3.6.Interprofessioneel leren

Een topic dat in verschillende studies aan bod komt en bij meerdere studies zelfs het hoofdonderwerp vormt van het onderzoek is het interprofessioneel leren in de zorg voor de palliatieve patiënt. Binnen dit topic worden er verschillende thema's aangehaald.

Allereerst worden er tekortkomingen gemeld in de opleiding. Zowel opleiding rond interprofessioneel samenwerken als opleiding omtrent palliatieve zorg zou onvoldoende zijn. (9,28) Een goede kennis van de huisarts over palliatieve zorg is noodzakelijk om op een correcte manier samen te kunnen

werken met de palliatief verpleegkundige. Indien er echter onvoldoende opleiding over het interprofessioneel samenwerken zelf is, zal dit een hinderende factor in de samenwerking zijn ondanks goede opleiding over palliatieve zorg van beide partijen. (32)

Bij een bevraging van huisartsen en palliatief verpleegkundigen over het interprofessioneel leren in een studie van Pype et al. wordt gevraagd aan beide groepen wat er geleerd wordt, op welke manier en van wie. (31) De antwoorden hierop kunnen aangevuld worden met resultaten uit de andere studies.

Zowel huisartsen als palliatief verpleegkundigen doen kennis op vanuit het interprofessioneel samenwerken waarbij informatie van de patiënt en familie de grootste bijdragende factor aan het leerproces zijn. Het aandeel van kennis dat de huisarts van de palliatief verpleegkundige vergaart, is significant hoger dan omgekeerd bekeken (29.2% versus 9.9%, $p < 0.001$). (31) In onderzoek naar de rol van de palliatief verpleegkundige in het leerproces van de huisarts vanuit interprofessioneel samenwerken worden er vier gedragstypes onderscheiden. Bij “the clinical expert-style” zal de verpleegkundige tijdens het contact met de huisarts in overleg en discussie gaan om vanuit zijn of haar expertise tot een optimaal beleid voor de patiënt te komen. Deze samenwerking heeft niet als doel de huisarts te onderrichten. Verpleging die “the buddy-style” gebruikt, zal de huisarts mee betrekken in hun eigen denkproces om zo tot een gezamenlijk besluit te komen. “The coach-style” is een manier waarbij de verpleging de huisarts begeleidt om zelf tot een antwoord op de vraag te komen en zo het leerproces te stimuleren. Als laatste wordt “the mediator-style” benoemd. Hierbij staan de interprofessionele relaties centraal en zal onderwijzing van de huisarts enkel plaatsvinden indien deze hier duidelijk voor open staat. (30)

De manier waarop er bijgeleerd wordt, blijkt bij huisartsen vooral voort te komen vanuit discussie en reflectie. Uit een retrospectieve studie waarbij in verpleegdossiers gezocht werd naar leermomenten door contact tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, bleek deze manier van leren 50,3 procent van alle gedetecteerde leeractiviteiten uit te maken. (29) In de studie van Pype et al. was dit 29,4 procent. Deze leermethode vormde nog steeds het grootste aandeel van leeractiviteiten. Palliatief verpleegkundigen zouden dan weer het meest leren door te luisteren en te observeren (37,0%). (31)

Materie waar vooral in bijgeleerd wordt door het interprofessioneel samenwerken zijn volgens een enquête fysieke en psychosociale onderwerpen. Dit geldt zowel voor huisartsen als palliatief verpleegkundigen. (31) Anderzijds gaven huisartsen in een interviewstudie aan dat er zeker veel bijgeleerd wordt vanuit de samenwerking met de palliatief verpleegkundigen, maar dat het moeilijk te definiëren is wat ze dan effectief leren. (9)

In de studie van Pype et al. over “complex adaptive systems” werden rond dit thema verbanden gelegd. Zoals het interprofessioneel samenwerken effect heeft op het leerproces, heeft dit leerproces omgekeerd ook een effect op het interprofessioneel samenwerken. Het verwerven van kennis binnen het domein van palliatieve zorg maakt dat er in de toekomst mogelijks minder advies nodig zal zijn wat een andere dynamiek in de samenwerking teweeg kan brengen. (32)

2.3.7.Kosteneffectiviteit

Tot slot is er één studie, “the KOPAL trial”, die de kosteneffectiviteit onderzoekt van een specifieke interventie inzake interprofessioneel samenwerken tussen palliatieve thuiszorgequipes en de huisarts in Duitsland. De interventie betreft een huisbezoek door een palliatief verpleegkundige gevolgd door

overleg met de equipearts. Nadien vindt er dan opnieuw interprofessioneel overleg met de betreffende huisarts plaats. De studie kon geen significante verschillen in kosteneffectiviteit aantonen. (34)

2.4. Discussie

Uit de tien geïncludeerde artikels omtrent de interprofessionele samenwerking tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe konden volgende zeven overkoepelende thema's gevonden worden: de relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, het centraal staan van de patiënt, expertise, communicatie, taakbeschrijving en verantwoordelijkheid, interprofessioneel leren en kosteneffectiviteit. Hiervan rapporteren de meeste onderzoeken over de interacties in dit interprofessioneel samenwerken. Eén artikel onderzocht een maatschappelijk thema, namelijk de kosteneffectiviteit van interprofessioneel samenwerken in de palliatieve zorg met als gevolg invloed op de gemeenschap. (34) Deze bevindingen zijn vergelijkbaar met de eerder vermelde systematic review uit 2012 waarbij goede communicatie, opleiding, duidelijke beschrijving van functies en verantwoordelijkheden, gepaste en tijdige toegang tot gespecialiseerde palliatieve zorg en gecoördineerde en continue ondersteuning als belangrijkste elementen naar boven kwamen. (27) De thema's uit het literatuuronderzoek kunnen, net zoals de elementen uit de systematic review, geplaatst worden bij één van de 5 bouwstenen van interprofessioneel samenwerken. (25,26)

In een meer recente review omtrent dit interprofessioneel samenwerken in palliatieve zorg worden naast overeenkomstige elementen bijkomende aspecten benoemd: het kunnen managen van het werk dat komt kijken bij interprofessioneel samenwerken, de inzet die nodig is voor het werken in teamverband, flexibiliteit en geduld. (36) Deze review rapporteert geen resultaten over studies die in de eerste lijn werden uitgevoerd. Gegeven de gelijkenissen van deze review met het literatuuronderzoek, doet dit vermoeden dat er overeenkomsten zijn in dit interprofessioneel samenwerken tussen de eerste- en tweedelijnszorg betreffende palliatieve zorg.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een duidelijke taakbeschrijving belangrijk wordt geacht om goede samenwerking te faciliteren. (28,32) Dit wordt bevestigd in de hierboven aangehaalde review waarbij vermeld wordt dat het bovendien belangrijk is de taakbeschrijving van de anderen, maar ook de verantwoordelijkheden van elkaar te kennen. (36) Over deze verantwoordelijkheid werden echter tegenstrijdige resultaten gevonden in de literatuur. In de studie van Pype et al. is het duidelijk dat de eindverantwoordelijk bij de huisarts ligt. In de masterproef van Rimaux et al. is er daarentegen verdeeldheid onder de huisartsen met het dragen van de eindverantwoordelijk als huisarts en een gedeelde verantwoordelijkheid onder zorgverleners onderling als controverse. (9,32)

Naast het kennen van elkaars taakbeschrijving en verantwoordelijkheden, rapporteert de review van Kesonen et al. dat ook het kennen van de eigen expertise en die van elkaar nodig is voor een goede interprofessionele samenwerking. (36) Dit aspect werd maar in één geïncludeerde studie in het literatuuronderzoek benoemd. (32) Verder wordt in de geïncludeerde studies voornamelijk gerapporteerd over de expertise van de palliatief verpleegkundigen. (6,9,10,30) Het percentage van kennis dat vergaard wordt door de huisarts van het interprofessioneel samenwerken geleverd door de palliatief verpleegkundige, is dan ook veel groter dan in de omgekeerde richting. (31) Hier bestaat mogelijks een onderrapportage van expertise van de huisarts in het interprofessioneel samenwerken.

Palliatieve thuiszorgteams die in voorgaand onderzoek een bewezen vermindering van ziekenhuisopnames, presentaties op spoed en sterfte in het ziekenhuis toonden, werden bestudeerd door Seow et al. In hun onderzoek naar gelijkenissen binnen deze onderzochte palliatieve thuiszorgteams werden thema's teruggevonden die overeenkomen met het literatuuronderzoek. In tegenstelling tot het thema interprofessioneel leren dat in het literatuuronderzoek verwijst naar educatie van zorgverleners, verwijst het element 'educatie' in deze studie naar het geven van informatie aan patiënten en families. (37) Dit kwam niet naar boven in het literatuuronderzoek. (9,29–32) In het onderzoek van Seow et al. worden resultaten gerapporteerd over werkwijzen die effectief blijken te zijn in de palliatieve thuiszorg verzorgd door gespecialiseerde teams in het algemeen. Dit is een veel bredere onderzoeksvraag dan deze in het literatuuronderzoek waar enkel gekeken werd naar werkwijzen die te maken hebben met de samenwerking tussen professionele zorgverleners onderling. Dit kan verklaren waarom er in het literatuuronderzoek nergens gesproken wordt over educatie van patiënten en families.

Het centraal stellen van de patiënt in het literatuuronderzoek gaat over het gemeenschappelijk doel om kwaliteitsvolle zorg te verlenen afgestemd op de noden van de patiënt. (28,30,32) In een kwalitatief onderzoek over interprofessioneel samenwerken met betrekking tot het opstellen van een zorgplan van de patiënt in de eerste lijn, wordt de rol van de patiënt aangevuld met het actief opnemen van verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Daarnaast worden zowel voordelen als nadelen van het deelnemen van de patiënt aan het interprofessioneel overleg benoemd. (38) In de palliatieve zorg daarentegen stelt zich de vraag of deze actieve rol en dan vooral de medeverantwoordelijkheid ook in dezelfde mate van palliatieve patiënten verwacht kan worden. Deze verantwoordelijkheid zal alleszins vermoedelijk toch anders gedefinieerd worden dan in de gangbare chronische zorg.

Goede communicatie en regelmatig teamoverleg zijn belangrijke factoren voor een goede interprofessionele samenwerking. (27,35) Uit de literatuurstudie blijkt echter dat er over het algemeen vooral belang gehecht wordt aan overleg indien er zich problemen voordoen en dit zowel door huisartsen als door palliatief verpleegkundigen. (9,28) In de masterthesis van Govaerts et al. worden redenen beschreven die zowel gepland als ongepland overleg tussen zorgverleners betrokken bij palliatieve zorg belemmeren. Hierbij worden tijdsdruk en het groot aantal betrokken zorgverleners als belemmerende factoren benoemd. (6) In het aanvraagformulier "Medische kennisgeving tot financiële tegemoetkoming voor een patiënt die thuis palliatieve verzorging geniet" voor het aanvragen van het palliatief forfait door de huisarts, staat nochtans het volgende: "Elke week moet een interdisciplinaire vergadering worden gehouden waarop minstens de huisarts moet aanwezig zijn." (39) In de studie van Xyrichis et al. beschrijft men dezelfde bevindingen waarbij regelmatig overleg in de realiteit vaak niet plaatsvindt, maar waar in tegenstelling tot de resultaten uit het literatuuronderzoek, wel het belang van regelmatig overleg benadrukt wordt. (35) Een ander opvallend element is dat de communicatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige meestal telefonisch verloopt. (9,28,29,33) Dit is een één-op-één contact en geen teamoverleg. Daarbij wordt in het hierboven aangehaalde kwalitatieve onderzoek van Van Dongen et al. beschreven dat een goede interprofessionele samenwerking in de eerste lijn bekrachtigd wordt door zorgverleners die elkaar onderling kennen, zowel op gebied van de persoon zelf als hun professionele achtergrond. (38) Dit komt overeen met de bevindingen in het literatuuronderzoek over een goede relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige. (10,28,30,32) Om elkaar te leren kennen en op die manier vertrouwen op te bouwen, zouden face-to-face ontmoetingen belangrijk zijn. (38) Gegeven de

bevinding dat overleg vooral telefonisch gebeurt (9,28,29,33), is dit mogelijks een belemmerende factor om een goede relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige te bekomen.

Er werd één studie geïncludeerd over kosteneffectiviteit in de palliatieve thuiszorg betreffende samenwerking tussen de huisarts en de palliatief verpleegkundige van een gespecialiseerd palliatief thuiszorgteam. (34) Het betrof een zeer specifieke interventie en kan vermoedelijk dus niet verruimd worden naar kosteneffectiviteit van samenwerking tussen de huisarts en de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe.

2.4.1.Sterktes en zwaktes van het oriënterend literatuuronderzoek

Dit onderzoek is, voor zover de onderzoekers weten, het eerste onderzoek dat resultaten uit de literatuur samenbrengt over deze samenwerking tussen huisarts en palliatief verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in het bijzonder.

Een nadeel van deze studie is dat het overgrote deel van de studies Vlaamse studies zijn waarbij vaak eenzelfde auteur betrokken is. De in- en exclusiecriteria zoals beschreven in de methode zouden dit fenomeen kunnen verklaren. Zoals reeds aangehaald, bestaan er verschillende modellen voor palliatieve zorg. (23) Mogelijks wordt er in andere landen vooral via andere zorgmodellen gewerkt dan deze in België. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het summier aantal geïncludeerde studies uitgevoerd in andere landen.

In dit onderzoek werd de term “interdisciplinary” niet in de zoekstrategie geïncludeerd. Bij het toetsen van het literatuuronderzoek aan de bestaande literatuur, werden ook artikels teruggevonden waarbij “interdisciplinary” in plaats van “interprofessional” werd gebruikt om samenwerking tussen zorgverleners te benoemen. Mogelijks zouden er door deze zoekterm mee te nemen in de zoekstrategie, meer artikels geïncludeerd kunnen worden waarbij er een vollediger overzicht gegeven kan worden.

2.4.2.Toekomstig onderzoek

Het zou nuttig kunnen zijn om in de toekomst een vergelijkend onderzoek uit te voeren over de aanpak van palliatieve thuiszorg tussen verschillende landen met inbegrip van samenwerkingen met gespecialiseerde palliatieve zorg. Dit zou dan vervolgd kunnen worden met onderzoek naar verschillen in kwaliteit van zorg en verschillen betreffende het interprofessioneel samenwerken. Verder onderzoek is nodig om de kwaliteit en effectiviteit van verschillende denkwijzen en werkwijzen betreffende dit interprofessioneel samenwerken tussen de huisarts en de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe na te gaan.

2.5. Conclusie

Dit literatuuronderzoek vat de bestaande recente literatuur betreffende de samenwerking tussen de huisarts en de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in het bijzonder, samen. Er konden zeven overkoepelende thema’s teruggevonden worden, namelijk de relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, het centraal staan van de patiënt, expertise, communicatie, taakbeschrijving en verantwoordelijkheid, interprofessioneel leren en kosteneffectiviteit. Met dit onderzoek wordt er getracht een overzicht te geven over elementen die belangrijk zijn in dit interprofessioneel samenwerken om zo de kwaliteit en effectiviteit van palliatieve thuiszorg verder te blijven verbeteren.

3. Veldonderzoek

3.1. Onderzoeksopzet

In het oriënterend literatuuronderzoek werden zeven overkoepelende thema's teruggevonden belangrijk voor een goede interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. Er zal in deze masterproef verder onderzoek gedaan worden naar deze interprofessionele samenwerking door middel van een veldonderzoek dat zich richt op het perspectief van de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe.

In een masterproef huisartsgeneeskunde van Delport et al. werd reeds onderzoek gedaan naar de ervaring van verpleegkundigen betreffende de samenwerking met de huisarts in een palliatieve setting, meer specifiek over de communicatie met de huisarts. Het onderzoek bestond uit interviews met verpleegkundigen zowel met als zonder ervaring in de palliatieve zorg. Hier kwamen verschillende thema's binnen deze communicatie aan bod. Zo werd er dieper ingegaan op de bereikbaarheid van de huisarts, welke elementen er belangrijk zijn om te communiceren, op welke manieren er gecommuniceerd wordt en werd er gevraagd te definiëren wat voor hen optimale communicatie inhoudt. (2)

Rekening houdend met de sterk verschillende taken en verschillen in expertises tussen thuisverpleegkundigen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe, zal in het veldonderzoek de interprofessionele samenwerking met de huisarts verder geëxploreerd worden vanuit het perspectief van de palliatief verpleegkundige in het bijzonder.

Er zal enerzijds een bevraging gebeuren via het afnemen van semi-gestructureerde interviews met verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. Naast een meer algemene bevraging betreffende de interprofessionele samenwerking, zal er ook dieper ingezoomd worden op de bereikbaarheid van de huisarts voor de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe. Er zal voor de analyse gebruikt gemaakt worden van het theoretisch concept van interprofessioneel samenwerken in de gezondheids- en welzijnszorg zoals beschreven in Tsakitzidis en Van Royen 2022 en de vijf bouwstenen van interprofessioneel samenwerken die hieraan gekoppeld kunnen worden. (25,26) De zeven overkoepelende thema's die in het literatuuronderzoek gevonden werden, tonen overeenkomsten met deze vijf bouwstenen. Daarenboven geeft dit model de wisselwerking tussen de bouwstenen weer. Dit theoretisch concept zal daarom gebruikt worden in het veldonderzoek.

Om deze bereikbaarheid nog meer in kaart te brengen zal er bij één palliatieve thuiszorgequipe een registratie van de bereikbaarheid van de huisarts voor de palliatief verpleegkundige gebeuren. Deze bereikbaarheid kadert in een belangrijk begrip in het realiseren van palliatieve zorg, namelijk het voorzien van continuïteit van zorg. (40) Twee masterproeven huisartsgeneeskunde in Vlaanderen deden onderzoek naar deze continuïteit verzorgd door de huisarts in de palliatieve thuiszorg. Beide betreffen onderzoek naar de zorg voor palliatieve patiënten buiten de werkuren. (41,42) De registratie van communicatie en bereikbaarheid in dit veldonderzoek zal gaan over zowel bereikbaarheid tijdens de kantooruren als tijdens de wachturen.

3.2. Methode

Om een antwoord te verkrijgen op de tweede onderzoeksvraag 'Hoe wordt vanuit het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe de interprofessionele samenwerking met de huisartsen ervaren?' werden er semi-gestructureerde interviews afgenomen met verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. Deelnemers werden gerekruteerd door mails rond te sturen naar vier palliatieve thuiszorgequipes. In elke equipe werd er getracht 25 procent van het totaal aantal verpleegkundigen per equipe te bereiken. Voor de deelnemende equipes betekende dit drie interviews per equipe om zo idealiter twaalf interviews in totaal te bekomen. Er werd gevraagd een infofiche in te vullen met naam en aantal jaren ervaring in de palliatieve thuiszorgequipe (zie bijlage 2). Op voorhand werden er vragen opgesteld die dienden om structuur in het gesprek te houden. (zie bijlage 3). De resultaten werden gebundeld op basis van het theoretisch concept van interprofessioneel samenwerken in de gezondheids- en welzijnszorg, zoals beschreven in Tsakitzidis en Van Royen 2022 en de vijf bouwstenen voor interprofessioneel samenwerken. (25,26) Om een antwoord te kunnen formuleren op de laatste onderzoeksvraag, 'Wat is geweten over de bereikbaarheid van huisartsen in het kader van palliatieve zorg?', werd er enerzijds in de interviews dieper op dit onderwerp ingegaan. Anderzijds werd er via een case-flow analyse onderzoek naar deze bereikbaarheid uitgevoerd. Aan verpleegkundigen van één equipe werd gevraagd om gedurende een maand lang enkele kenmerken van de telefonische contacten, of andere communicatievormen, met de behandelend huisarts of de afgesproken vervanger te registreren. Er werd gevraagd enkel de contacten of pogingen tot contact te registreren indien er door de verpleegkundigen werd ingeschat dat er dezelfde dag contact met een huisarts noodzakelijk was om goede zorg te kunnen verlenen. Er werd op voorhand een formulier opgesteld waarbij zij enkele kenmerken van deze contacten invulden (zie bijlage 4). De verpleegkundigen kregen op voorhand mondelinge toelichting over het doel en de methode van deze registratie. De analyse van dit laatste onderdeel gebeurde kwantitatief op basis van beschrijvende statistiek.

3.3. Resultaten

3.3.1. Resultaten interviews

Er werden in totaal zes interviews afgenomen bij twee palliatieve thuiszorgequipes. De interviews werden uiteindelijk volledig getranscribeerd en dan geanalyseerd, en dus niet geanlyseerd op basis van een auditieve analyse zoals initieel voorzien was. Tijdens het beluisteren van de interviews voor de transcriptie bleek er bij één van de interviews enorm veel ruis te zijn in de audio-opname zodat dit interview geëxcludeerd werd voor analyse. In totaal zijn er van vijf interviews transcripts opgemaakt voor analyse. Ondanks dat er werd vooropgesteld om twaalf interviews af te nemen, werd datasaturatie met deze 5 interviews bereikt. Het aantal jaren ervaring in de palliatieve thuiszorg van alle zes verpleegkundigen was gespreid van twee jaar ervaring tot twintig jaar ervaring.

De vijf bouwstenen van interprofessioneel samenwerken die gebruikt werden voor analyse van de resultaten werden geïnterpreteerd op basis van een artikel in het tijdschrift Huisarts Nu: 'Van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking. Vijf bouwstenen voor zorgteams.' Onder kennismaken werd begrepen hoe ze met elkaar contact zoeken, met welke redenen en wat iedere zorgverlener kan betekenen in de zorg voor de patiënt. De bouwsteen 'zorgplan opstellen' werd geïnterpreteerd als het bespreken van aanpak van de zorg, wat het doel is bij die specifieke patiënt,

wie wat doet en welke afspraken er gemaakt worden in de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. In het onderdeel 'reflectie en evaluatie' werd de informatie uit de interviews neergezet waarbij de verpleegkundigen reflecteren hoe de samenwerking met de huisarts loopt, inclusief hoe de bereikbaarheid ervaren wordt. Ook de vraag hoe vaak ze een huisarts dienen te contacteren om een goede continuïteit van zorg te kunnen verlenen werd hieronder besproken. Daarnaast werd onder deze bouwsteen het uitvoeren van evaluatiegesprekken verstaan. Onder 'ethisch handelen' werd begrepen hoe er in team wordt omgegaan met ethisch moeilijke situaties. Onder de bouwsteen 'communicatie' werd informatie omtrent overlegmomenten, redenen van contact, communicatiekanalen, registratie van informatie en de aanspreekcultuur verzameld. (25)

3.3.1.1. Kennismaken

Algemeen treden de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe op als tweedelijns zorgverleners. Ze zien zichzelf niet als de primaire zorgverleners, maar willen de eerste lijn sterk maken om optimale zorg voor de patiënt te realiseren. Dit doen ze door een ondersteunende functie op zich te nemen waarbij ze adviseren, coachen, voor teaching zorgen en zorgen voor psychosociale ondersteuning van de hulpverleners. Bovendien kunnen ze ook rust brengen en vertrouwen geven aan de zorgverleners dat ze goed bezig zijn. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat ongeveer 85 procent van de oproepen adviesvragen zijn die heel vaak over medicatie gaan.

> *"Maar eigenlijk dat we de eerste lijn in hun kracht zetten, zodat ze het zelf kunnen doen met de gedachte erachter dat wij niet de situaties krijgen die eigenlijk goed lopen, maar wij de hoeveelheid gewoon groter maken, terwijl ze ons niet nodig hebben, omdat de thuisverpleging en de huisarts goed hun job doen." (verpleegkundige 2)*

> *"Tweedelijnszorg sowieso, dus niet de taken overpakken van hen, maar mee nadenken met hen van wat is het best nu voor die patiënt. Wat wil hij en hoe kunnen we daar samen aan werken?" (verpleegkundige 5)*

De verpleegkundigen kunnen bijdragen in vier dimensies van palliatieve zorg voor de patiënt op vraag van de huisarts (lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving). Er werd gesteld dat het fijn is als de huisarts die een patiënt aanmeldt, met duidelijke verwachtingen naar de thuiszorgequipe belt. Voor de ene arts is dat een beperktere hulpvraag dan voor de andere. Bij nog andere huisartsen merken ze dat de huisarts nooit beroep doet op hen bij geen enkele begeleiding van de palliatieve patiënt omdat die huisarts dat niet nodig vindt. Anderzijds werd er door meerdere verpleegkundigen de opmerking gemaakt dat ze ervaren dat het niet altijd even duidelijk is voor de huisarts wat ze van een palliatieve thuiszorgequipe mogen verwachten. Ze merken zelfs dat het voor sommige artsen als controlerend wordt ervaren en er soms ook angst heerst dat de palliatieve thuiszorgequipe het van hen gaat overnemen.

> *"Waar heb jij nood aan, hoe kan jij zorgen dat daar goede zorg verleend wordt? De ene keer is dat bijvoorbeeld psychische ondersteuning. Nu net kregen we de aanmelding "ik loop vast in de pijn, ga eens langs, ik wil ondersteuning", dat is een heel duidelijke vraag." (verpleegkundige 2)*

> *"Ik denk dat het niet voor elke huisarts even duidelijk is waarvoor dat ze ons net kunnen bereiken." (verpleegkundige 1)*

"Het enige probleem is, de eerste lijn moet goed weten dat we bestaan, wat we doen en daar is veel onduidelijkheid over, één, waar we voor staan, twee, wat doen we precies." (verpleegkundige 3)

Er werd door meerdere verpleegkundigen aangehaald dat het een groot voordeel is dat zij meer tijd hebben om per patiënt te spenderen, waar dat dit in de eerste lijn net ontbreekt. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen ook op dit vlak een bijdrage leveren in de zorg voor de palliatieve patiënt waar deze nood zich stelt. Eén van de verpleegkundigen schatte in dat 90 procent van de geplande huisbezoeken dan ook gaat over het bevragen van hoe het gaat met de patiënt en om over vroegtijdige zorgplanning te kunnen spreken. Hier vormt deze extra tijd een grote meerwaarde. Een verpleegkundige van een andere equipe zag deze gesprekken dan weer eerder als een taak van de huisarts.

"Wij kunnen een uur, twee uur met iemand in gesprek gaan, dat is gewoon een luxe positie natuurlijk." (verpleegkundige 2)

"Die tijd is een godsgeschenk he. Ik ken niemand in de gezondheidszorg die zoveel tijd kan maken, die zo in de diepte kan gaan in één dossier."

Algemeen zien verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe hun rol in samenwerking met de huisarts dus als een tweedelijns functie. Op vraag van de huisarts kunnen zij de eerste lijn ondersteunen in de zorg voor de palliatieve patiënt in de vier dimensies van palliatieve zorg.

3.3.1.2. Zorgplan opstellen

Op de vraag of de palliatief verpleegkundigen betrokken worden bij het opstellen van een zorgplan, waren de antwoorden wisselend. Meestal worden ze niet betrokken. Zeker als het gaat over het algemene zorgplan. Hoewel een van de verpleegkundigen aangaf graag in het begin van elke begeleiding samen te zitten, werd dit als praktisch niet haalbaar gezien. Niettegenstaande wordt de hulpvraag om een diepgaand gesprek te hebben met de patiënten om de zorgnoden en zorgdoelen in kaart te brengen, wel vaak gesteld. Dit gebeurt dan apart tussen palliatief verpleegkundige en patiënt en niet met alle betrokken zorgverleners. Enkele verpleegkundigen gaven dan ook aan eerder als schakel in het algemene zorgplan benaderd te worden waarbij het bespreken van de vroegtijdige zorgplanning als taak wordt uitbesteed aan de palliatieve thuiszorgequipe. Anderzijds zei één van de verpleegkundigen dit gesprek niet zelf te voeren, maar de huisarts erop aan te spreken dit gesprek met de patiënt aan te gaan indien dit nog niet gebeurd zou zijn.

"Wij vragen dus eigenlijk wat zijn hulpvraag is en wij noteren zelf na een huisbezoek de zorgnoden en zorgdoelen. Die communiceren we ook wel met de arts. Maar dat is niet het opstellen van een zorgplan." (verpleegkundige 2)

"Dat is zo wel een hulpvraag die we vaak krijgen van huisartsen van kijk, ik heb daar geen tijd voor. Wij kunnen twee uur de tijd nemen om echt een heel diepgaand gesprek te doen met de mensen, dat wij eigenlijk alles over vier velden wat in kaart brengen en wij stellen een aantal zorgnoden in kaart en zorgdoelen en wij geven of wij koppelen dat altijd terug naar de huisarts en dan kan hij of zij daar mee doen wat ze willen maar dan blijven we zo wel een beetje in contact staan."(verpleegkundige 1)

"Eigenlijk het woord zorgplan wordt niet benoemd, maar zorgdoelen, hulpvragen, zorgnoden, dat allemaal wel, maar een echt plan niet." (verpleegkundige 2)

"Dat gebeurt op zo'n MDO he. Nu heel vaak is het geen gezamenlijk gebeuren en dan bel ik vaak na mijn bezoek met de arts om hem of haar op de hoogte te brengen of te bespreken. Ik raad de patiënt ook aan om de dokter in te lichten over wat er besproken is, bijvoorbeeld vroegtijdige zorgplanning." (verpleegkundige 5)

Afspraken betreffende het delen van informatie worden op voorhand niet gemaakt. Eén van de verpleegkundigen zei wel heel lokaal met sommige huisartsen de afspraak te hebben na elk huisbezoek telefonisch kort verslag uit te brengen aan de huisarts. Afspraken meer specifiek over de bereikbaarheid van de huisartsen worden in één van de twee palliatieve equipes wel gemaakt en bij de andere equipe niet altijd. Wel wordt in beide equipes aandacht besteed aan afspraken over bereikbaarheid in mogelijke situaties die zich in het weekend voordoen. Oftewel bevragen ze bij de patiënt welke afspraken ze hierover hebben met hun huisarts of moedigen ze de patiënt aan dit bij hun huisarts te bevragen, oftewel vragen de verpleegkundigen dit zelf rechtstreeks aan de huisarts. Sommige huisartsen zijn zelf steeds bereikbaar, hetzij voor de patiënt, hetzij voor de verpleegkundige of voor de wachtarts. Sommigen zijn enkel bereikbaar in de terminale fase. Indien de huisarts niet bereikbaar is, wordt het geapprecieerd een goed verslag bij de patiënt achter te laten. Eén van de verpleegkundigen rapporteerde het bevragen van de bereikbaarheid van de huisarts aan de patiënt over te laten aangezien de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in principe een tweedelijnsfunctie heeft. De patiënt dient bij problemen in principe rechtstreeks naar de thuisverpleging of de huisarts te bellen. Het werken met standing orders werd ook vermeld om te anticiperen op problemen die zich mogelijks tijdens de wachturen kunnen voordoen.

"Hoe kan ik jou bereiken? Die vraag wordt vaak gesteld, zeker. Ik leg dat ook bij de patiënt vaak van vraag aan uw huisdokter wanneer jij hem kan bereiken." (verpleegkundige 5)

"Ik denk vooral de wachtartsen, dat moet goed geregeld zijn. Zo is een van onze punten vaak als we bij patiënten komen van, heb je hier een medisch verslag liggen, wat is de afspraak met je huisarts, mag je die bellen?" (verpleegkundige 2)

"Stel dat de patiënt in het weekend belt met een pijnprobleem. Wij gaan sowieso geen pijnmedicatie mogen verhogen of opstarten, dan adviseren wij van bel uw arts of de wachtarts en dat die persoon, als die er is, met ons belt. Op die manier pakken wij dat aan he. Maar ja, een dokter, ik bel meestal, zeker in de wacht, geen dokter, ik laat dat over aan patiënt en de familie of de thuisverpleging. Ik maak hen daarin sterk." (verpleegkundige 5)

3.3.1.3. Reflectie en evaluatie

Algemeen wordt door de verpleegkundigen de samenwerking met de huisarts overwegend positief ervaren waarbij de meeste huisartsen duidelijk willen samenwerken en overleggen. Het hangt erg van huisarts tot huisarts af, maar over het algemeen merken ze dat jonge huisartsen door het werken in groepspraktijken enerzijds meer bereikbaar zijn en anderzijds ook beter kunnen samenwerken. Dit zou volgens hen komen omdat ze gewend zijn in groepspraktijken samen te werken, anderzijds gaat er tijdens de opleiding ook meer aandacht naar interprofessioneel samenwerken. Eén van de verpleegkundigen merkte dat het verschilt van regio tot regio.

"Overwegend positief. Er is natuurlijk verschil he, tussen de ene en de andere arts, maar ik zie daar wel een positieve evolutie in. Wat bedoel ik daarmee? De solopraktijken gaan er een beetje uit, er zijn meer en meer groepspraktijken waardoor dat we toch makkelijker de artsen

kunnen bereiken, vind ik. … Ik merk ook dat de jongere artsen, degenen die nu opgeleid worden daar ook wel meer oog voor hebben, voor overleg, meer het nut er van in zien is misschien niet het juiste woord, allez dat in de opleiding meer mee krijgen." (verpleegkundige 5)

"Vijfentachtig procent van die oproepen zijn zeer aangenaam om te beluisteren, de informatie, de feedback terug te geven aan de huisarts die erom vraagt, vooral die medicamenteuze ondersteuningsvragen zo. En dat een kleine minderheid, tien tot vijftien procent zo, naar mijn gevoel vooral nogal eisend kan zijn, oproepen zo van ik wens dat u nu dit komt leveren en dat heeft altijd te maken met de materialen, de pompen, waarvan ze weten dat wij die hebben." (verpleegkundige 3)

Hoewel één van de verpleegkundige te kennen gaf vaker samen te willen zitten tijdens de begeleiding van de palliatieve patiënt, werd de communicatie in de meeste samenwerkingen als vlot ervaren. Niettegenstaande zouden er wel artsen zijn waarbij de verpleegkundigen moeten weten hoe ze er mee om moeten gaan om een goede communicatie te bewerkstelligen. Het initiatief tot briefing komt echter telkens van de verpleegkundigen zelf. Een briefing van de huisarts na een huisbezoek om de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe op de hoogte te houden, gebeurt zelden of nooit. Als het dan meer specifiek gaat over bereikbaarheid, waren de antwoorden heel wisselend. Enerzijds werden er door verpleegkundigen vooral positieve ervaringen gerapporteerd waarbij er ook een positieve evolutie te merken is ten op zichte van vroeger. Tevens werd gemeld dat, indien er afspraken zijn omtrent deze bereikbaarheid, de artsen dan meestal ook effectief bereikbaar zijn en minder als er geen afspraken rond gemaakt zijn. Anderzijds gaf één van de verpleegkundigen aan dat de bereikbaarheid afneemt en dat het nakomen van gemaakte afspraken omtrent bereikbaarheid heel wisselend is. De mate van bereikbaarheid zou ook afhankelijk van de arts zijn. Algemeen werd er bij de verpleegkundigen een mindere bereikbaarheid van solo artsen ervaren. Door het ontstaan van groepspraktijken, zou er daarentegen een betere bereikbaarheid zijn. Een andere verpleegkundigen zag de bereikbaarheid dan weer afnemen, waarbij de arts niet meer 24 op 24 uur bereikbaar is zoals vroeger.

"Enerzijds, als er afgesproken is met de huisarts van dan en dan ben ik bereikbaar, dan is hij tien van de tien ook bereikbaar. Als dat niet afgesproken is, dan gaat het eerder de andere richting uit." (verpleegkundige 1)

"De bereikbaarheid neemt af, maar naar mijn gevoel, niet verkeerd. De huisarts, je hebt er nog een paar he, enkelingen die nog 24 uur heel het jaar door bereikbaar zijn, dat is niet werkbaar denk ik. Dus dat is bijna verdwenen." (verpleegkundige 3)

"De vakantieperiode is altijd net iets moeilijker, maar als de huisarts in verlof is, je hebt dan de vervangarts, die kennen dan soms de patiënt niet, maar een beetje. Maar onder het jaar denk ik ça va wel." (verpleegkundige 4)

"Er zijn artsen die we moeilijk kunnen bereiken he, die zijn er ook uiteraard he, maar dat is een klein percentage vind ik." (verpleegkundige 5)

Bij de vraag om de bereikbaarheid te schatten op een schaal van één tot tien liepen de antwoorden uiteen, van vier op tien tot tien op tien. Ook hier werd gerapporteerd dat dit cijfer heel erg afhankelijk is van arts tot arts, van de gemaakte afspraken en of het gsm-nummer beschikbaar is voor de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe. Ook de mate van urgentie speelt mee, waarbij

één verpleegkundige aangaf bij crisismomenten toch wel negen op tien de arts vrij snel aan de lijn te krijgen.

Op de vraag om te schatten van één op tien tot tien op tien hoe vaak de verpleegkundigen een huisarts dienen te contacteren voor een probleem dat zich stelt of een nood waar ze zelf voor gebeld worden door patiënten, waren de antwoorden opnieuw heel wisselend. Dit liep uiteen van één op tien tot zes op tien tot het niet op de vraag kunnen antwoorden aangezien dit heel erg afhangt van de situatie die zich voordoet. Zo zou dit door de week minder vaak nodig zijn omdat patiënten de huisarts zelf gemakkelijker kunnen bereiken, tijdens de wachturen kan dit vaker nodig zijn. Ook het type vraag of de urgentie van de situatie maakt een verschil. Voor puur medische vragen of vragen waarbij de huisarts medicatie dient voor te schrijven, ligt dit cijfer hoger dan in vele andere situaties.

Gesprekken om te evalueren of alles goed loopt en dan meer specifiek de interprofessionele samenwerking tijdens een begeleiding werden niet vermeld. Eén van de verpleegkundigen zei wel dat er heel af en toe achteraf een debriefing plaatsvindt. In dit gesprek wordt met de betrokken zorgverleners besproken hoe het anders had kunnen lopen, of er mogelijks andere verwachtingen waren bij de verschillende spelers van elkaar, kortom, een leerzaam gesprek om het in de toekomst beter aan te pakken.

> *"Het kan leerzaam zijn he." … "Het gaat er niet om iemand op zijn vingers te tikken, je gaat geen zondebok zoeken, maar gewoon van oke, hoe is het hier gelopen?" (verpleegkundige 2)*

3.3.1.4. Ethisch handelen

Over ethisch handelen werden geen onderwerpen aangehaald in de interviews die betrekking hebben op de bouwsteen ethisch handelen zoals beschreven in het theoretisch concept van interprofessioneel samenwerken.

3.3.1.5. Communicatie

Meestal zijn er geen geplande overlegmomenten. Veel van de communicatiemomenten zijn adviesvragen van huisartsen. Andersom wordt er vanuit de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe het meeste gebeld om te briefen na een huisbezoek. Zoals hierboven aangehaald gebeurt dit andersom zelden tot nooit. Afspraken rondom communicatie werden reeds uitgebreid besproken onder 'Zorgplan opstellen'.

Zowel de telefoon als Siilo zijn de twee meest gebruikte communicatiekanalen. Siilo is een app om op een sterk beveiligde manier berichten te sturen met zorgprofessionals onderling. (43) Veel huisartsen geven dan ook hun gsm nummer aan de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. De voorkeur voor het een of het ander is erg wisselend van verpleegkundige tot verpleegkundige en ook afhankelijk van de situatie waarin gecommuniceerd wordt. In acute situaties wordt de telefoon het meest gebruikt.

Over het algemeen worden de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe weinig betrokken bij interprofessioneel overleg. De meningen hieromtrent waren verdeeld. Enerzijds zijn er verpleegkundigen die het niet nodig vinden om hier meer in betrokken te worden. Anderzijds zijn er verpleegkundigen die dit graag meer zouden zien gebeuren. Zij vinden dit vooral zinvol in specifieke situaties en niet in de situaties waar alles vlot verloopt. Eén van de verpleegkundigen gaf aan liefst bij elke begeleiding een interprofessioneel overleg te houden.

"Dat zou zeker meer mogen, ik denk dat dat goed is. Dat gebeurt helemaal niet zo vaak. … Je doet dat ook niet in een situatie die loopt, je doet dat alleen maar in situaties waar je zegt, hier zijn problemen, we moeten echt eens rond de tafel zitten en daar haal je winst uit he, achteraf." (verpleegkundige 2)

"Nee, ik denk niet dat dat een behoefte is die moet gecreëerd worden. Ik denk als die behoefte daar is en iemand van de betrokken partijen weet van het bestaan van zo een equipe die zich daarvoor leent, dan gaan die wel bellen, maar ik denk dat het vooral is dat veel eerstelijnsmedewerkers gewoon niet weten dat zo een netwerk zich ook leent om zo een zorgoverleg bij te wonen met gewoon de expertise mee te brengen naar zo een overleg en niet beslissingen te nemen." (verpleegkundige 3)

"Naar mijn gevoel te weinig. Ik zou dat liever meer hebben. In mijn ideaalbeeld is dat, bij wijze van spreke, bij elke begeleiding dat we in het begin zouden samen zitten, maar dat is praktisch niet haalbaar." (verpleegkundige 5)

De aanspreekcultuur werd verschillend beoordeeld. Enerzijds zou er een positieve evolutie gezien worden waardoor er meer gecommuniceerd wordt met de huisartsen. Anderzijds zou deze aanspreekcultuur nog steeds heel erg van huisarts tot huisarts afhangen. Eens de verpleegkundigen meerdere keren met dezelfde huisarts hebben samengewerkt, weten ze meestal wel hoe ze de communicatie best aanpakken om met een specifieke arts de samenwerking vlot te doen verlopen.

"Het verhaal van meneer doktoor is weg. De huisarts is nu evengoed Elien, An, Els. En die afstand is gewoon veel korter geworden tegenover vroeger." (verpleegkundige 4)

"Bij de ene arts mag je veel zeggen, bij de andere arts mag je niets zeggen en dat maakt het soms wat, dat vind ik moeilijk. En dat is natuurlijk, je werkt met zoveel mensen samen." (verpleegkundige 2)

Het registreren van informatie gebeurt niet in het gekende schriftje dat bij de patiënt thuis ligt om te communiceren tussen huisarts en thuisverpleegkundige. Er bestaat wel het IRIS platform, maar dit wordt nog niet door alle huisartsen gebruikt. De verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe maken van elk huisbezoek bij de patiënt een verslag en vatten elk contact met de huisarts samen in hun eigen dossier.

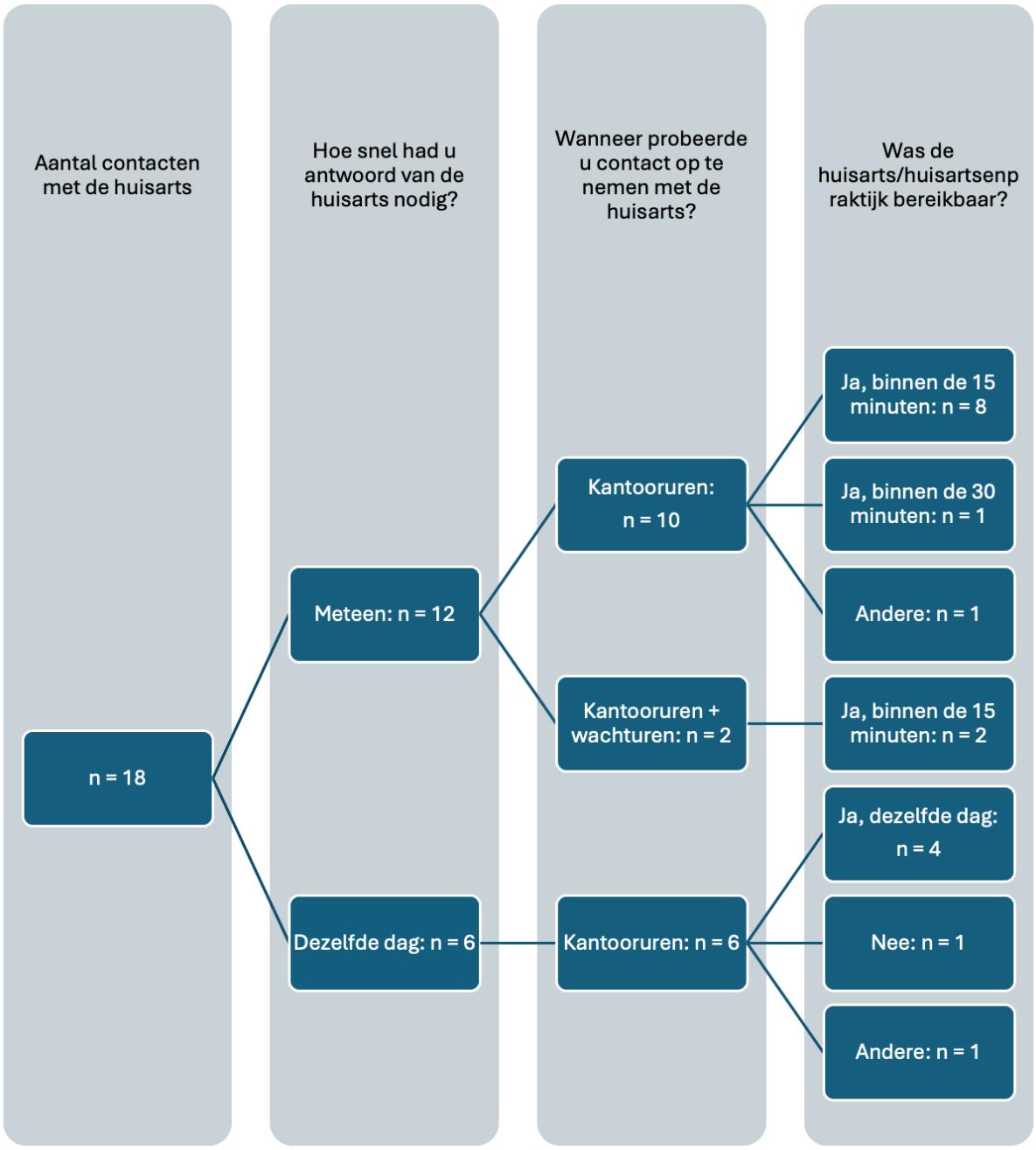
Verder werden veel aspecten uit de interviews betreffende communicatie reeds vermeld bij het onderdeel 'Reflectie en evaluatie'.

3.3.2.Resultaten registratie communicatie

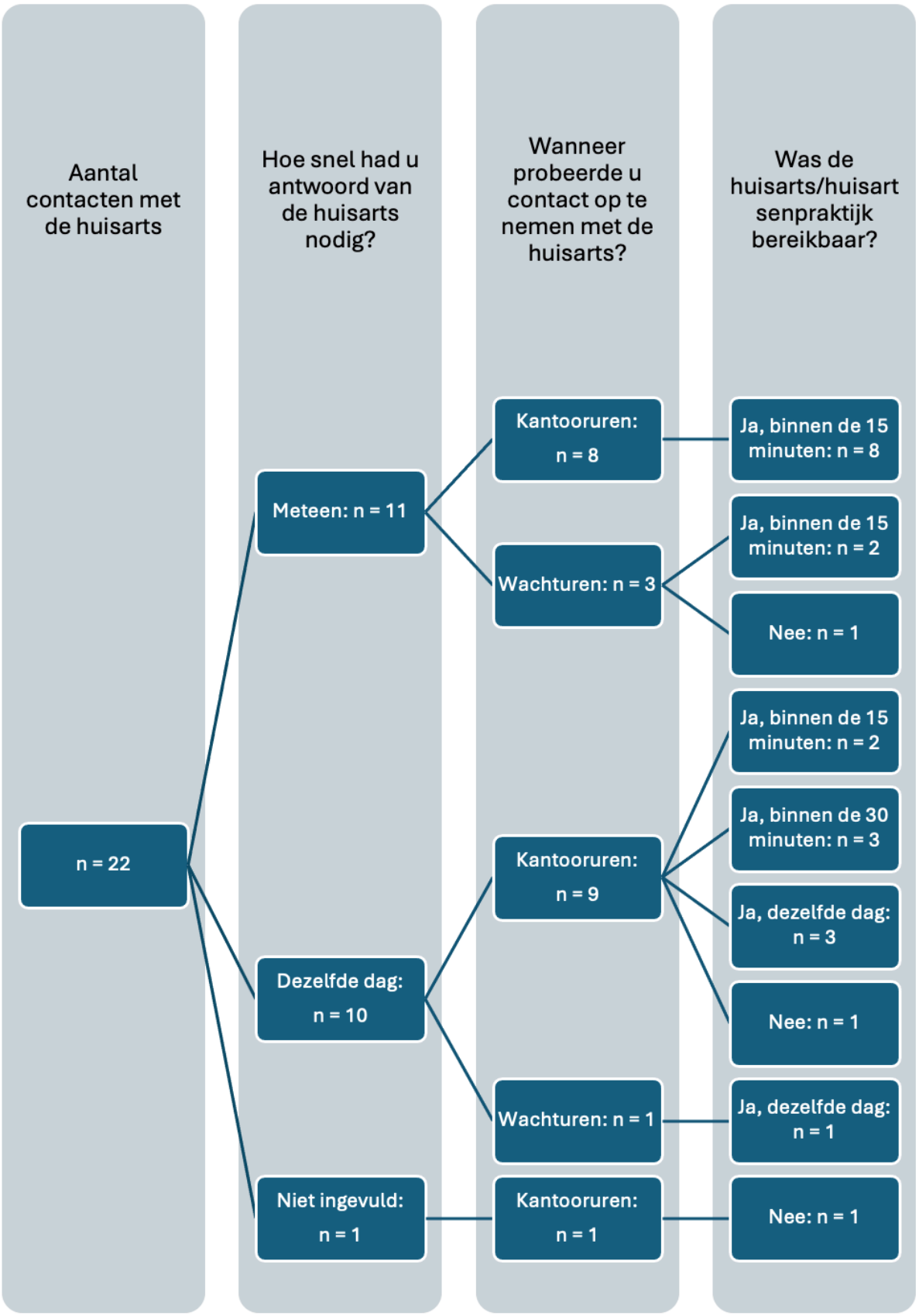
In totaal gaven alle elf verpleegkundigen hun goedkeuring voor medewerking aan dit deel van het onderzoek. Op één september 2024 werd gestart met de registratie. Op het einde van deze maand werd opgemerkt dat het protocol niet door alle verpleegkundigen volledig correct werd begrepen. Enkele verpleegkundigen hadden begrepen dat zij enkel pogingen tot contact moesten registreren waarbij de huisarts niet bereikbaar was. Er werd daarom besloten om een maand langer te registreren waarbij het protocol door alle verpleegkundigen correct werd gevolgd. Dit gebeurde tijdens de maand oktober in 2024. De resultaten van beide maanden zullen hieronder apart verwerkt worden.

In figuur 3 en 4 worden de resultaten per maand apart weergegeven in een flow chart. De analyse van de resultaten die worden weergegeven in de flowchart werd enkel uitgevoerd op de registraties

gedurende de maand oktober. Er werden in deze maand in totaal 22 contacten geregistreerd. In vijftig procent van de gevallen werd ingeschat dat er meteen contact noodzakelijk was, bij tien van de 22 contacten was het voldoende indien het contact diezelfde dag nog plaatsvond. Bij één registratie werd deze vraag niet ingevuld. In het geval er meteen contact noodzakelijk was met de huisarts, was dit in acht van de elf gevallen een contact tijdens de kantooruren waarbij de huisarts telkens binnen de vijftien minuten bereikbaar was. Van de drie contacten tijdens de wachturen was de huisarts bij twee van deze drie contacten binnen de vijftien minuten bereikbaar en in één geval was de huisarts niet bereikbaar. Van de tien contacten waarbij het contact dezelfde dag noodzakelijk was, was dit bij negentig procent tijdens de kantooruren en bij tien procent tijdens de wachturen. Bij 22 procent van die contacten tijdens de kantooruren was de huisarts binnen de vijftien minuten bereikbaar, in 33 procent binnen de dertig minuten, in 33 procent was de huisarts niet binnen het half uur, maar wel nog dezelfde dag bereikbaar en in elf procent van de gevallen konden ze de huisarts uiteindelijk niet meer dezelfde dag bereiken. De casus waarbij de urgentie van het contact niet werd ingevuld werd geclassificeerd als niet bereikbaar aangezien de huisarts zelf zou terugbellen. Dit gebeurde niet, waarbij de verpleegkundige uiteindelijk zelf heeft teruggebeld. Er werd niet gespecifieerd of de huisarts uiteindelijk op diezelfde dag nog bereikt werd.

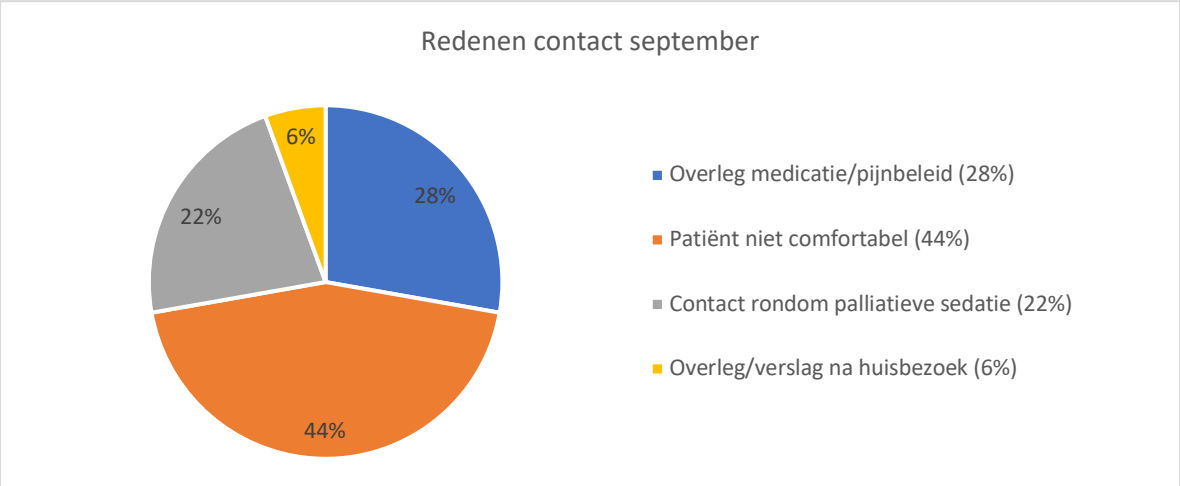


Figuur 3: Flowchart resultaten september 2024



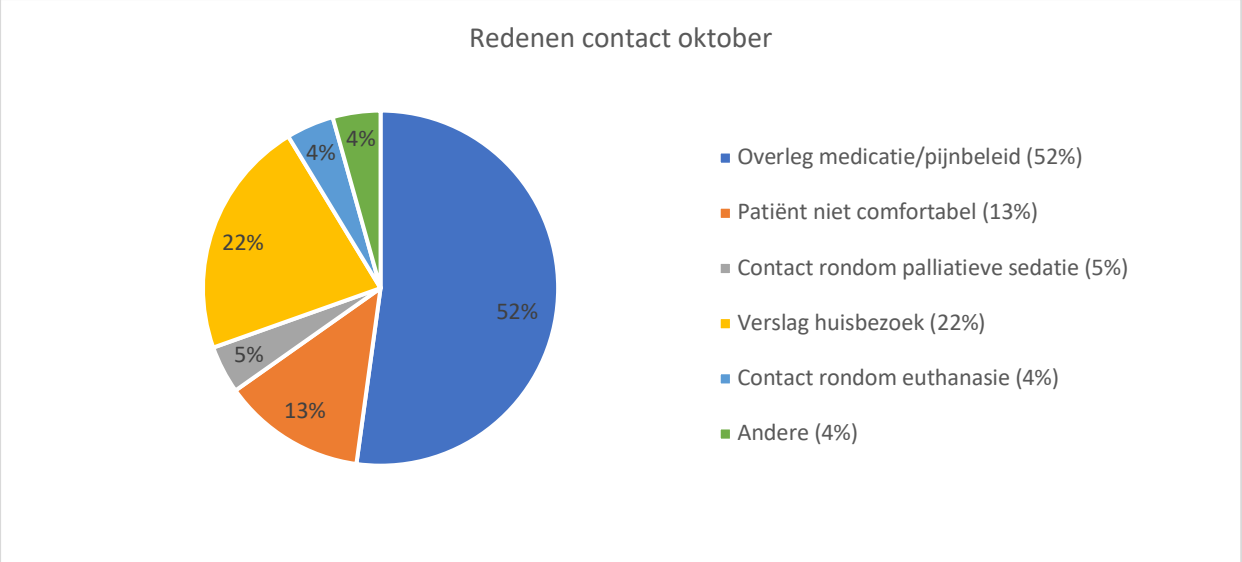
Figuur 4: Flowchart resultaten oktober 2024

In september werden achttien contacten geregistreerd waarbij deze allemaal telefonisch plaatsvonden, op één na waarbij zowel de telefoon als mail werd aangeduid als communicatiekanaal. Bij drie van de achttien registraties werd er contact opgenomen met een arts die in een solopraktijk werkt, in vijftien van de achttien registraties was dit een contact met een arts werkzaam in een groepspraktijk. Redenen van contact konden opgedeeld worden in vier categorieën: Overleg medicatie/pijnbeleid, patiënt niet comfortabel, contact rondom palliatieve sedatie, overleg/verslag na huisbezoek. Figuur 5 toont een cirkeldiagram van deze redenen van contactname. Analyse van de bereikbaarheid van de huisartsen tijdens de registratie in september werd niet uitgevoerd o.w.v. het niet correct volgen van het protocol zoals hierboven reeds vermeld werd.



Figuur 5: Redenen contact september

In oktober vonden alle 22 geregistreerde contacten telefonisch plaats. In drie van de 22 registraties werd er contact opgenomen met een arts die in een solopraktijk werkt, in negentien van de 22 contacten was dit een contact met een arts die in een groepspraktijk werkt. De redenen van contactname werden opgedeeld in zes categorieën: overleg medicatie/pijnbeleid, patiënt niet comfortabel, contact rondom palliatieve sedatie, verslag huisbezoek, contact rondom euthanasie, andere. Van de drie registraties waarbij de huisarts niet bereikbaar was, werd één patiënt verwezen naar de wachtpost. Bij één registratie werd er uiteindelijk door de verpleegkundige op eigen initiatief teruggebeld waarbij niet geweten is of de huisarts op dat moment wel bereikbaar was. Bij nog een andere poging tot contact werd er op vraag van de huisarts de volgende dag teruggebeld.



Figuur 6: Redenen contact september

De afspraken omtrent bereikbaarheid van de huisarts liepen tijdens de kantooruren uiteen: bellen op de praktijknummer of op de gsm van de huisarts, bellen op de praktijknummer, telefonisch zonder verdere specificatie, bellen op de gsm van de huisarts, geen afspraken. Tijdens de wachturen werden volgende afspraken aangeduid of vermeld: bellen gsm huisarts, bellen gsm praktijk, telefonisch zonder verdere specificatie, bellen naar de wachtpost, geen afspraken. In de casussen waarbij gebeld moest worden naar de wachtpost, werd de wachtpost niet ingelicht over de palliatieve patiënt.

4. Discussie

4.1. Belangrijkste bevindingen en vergelijking met de bestaande literatuur

Het doel van dit onderzoek was om het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe omtrent de interprofessionele samenwerking met de huisarts te exploreren. Het uitvoeren van het literatuuronderzoek leverde al heel wat inzichten over deze samenwerking op waarbij zeven overkoepelende thema's gevonden werden. Door interviews af te nemen bij verpleegkundigen van palliatieve thuiszorgequipes werden deze inzichten vervolledigd met ervaringen van verpleegkundigen werkzaam in twee verschillende equipes in Vlaanderen.

Algemeen werd de samenwerking met de huisarts in verschillende domeinen overwegend als positief ervaren. Zoals beschreven in het literatuuronderzoek is deze goede relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige bevorderlijk voor een goede zorg voor de patiënt.

In het literatuuronderzoek wordt het belang van een duidelijke taakbeschrijving en verantwoordelijkheid benadrukt. Deze zou nochtans soms ontbreken. Uit de interviews daarentegen blijkt dat deze voor de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes wel goed omschreven is. Zij hebben een tweedelijnsfunctie en ondersteunende rol waarbij zij kunnen bijdragen in de vier dimensies van palliatieve zorg (lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving). Hierbij wordt een duidelijke vraagstelling van de huisarts bij het contacteren van de palliatieve thuiszorgequipe gewaardeerd.

Om de patiënt centraal te kunnen zetten in de zorg, moet ten eerste geweten zijn wat de wensen en het doel van de patiënt zijn. Dit hangt samen met de tweede bouwsteen van interprofessioneel samenwerken, namelijk een zorgplan opstellen. (25,26) Uit de interviews blijkt dat de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe hier meestal niet rechtstreeks bij betrokken worden. Dit komt mogelijks door hun tweedelijnsfunctie waarbij zij om advies gevraagd worden of erbij gevraagd worden voor specifieke deeltaken. Anderzijds staat in de conventie met het RIZIV betreffende de multidisciplinaire begeleidingsequipe het volgende als een van de kernactiviteiten gedefinieerd: "Een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging bewerkstelligen door afspraken te maken met de huisarts, andere (professionele) zorgverleners, mantelzorg, enz."(24) Door deel te kunnen nemen aan overleg omtrent het opstellen van een zorgplan zou deze organisatie en coördinatie door de palliatieve thuiszorgequipe beter uitgevoerd kunnen worden. Daarenboven wordt palliatieve zorg door de huisarts als tijdsintensief ervaren en kan uitbesteding van een deel van het takenpakket in bepaalde situaties voor ontlasting zorgen. (10)

Net zoals er in de literatuur gevonden werd dat gepland overleg meestal niet gebeurt, kwam dit ook naar voor in de interviews. (9,28) Overeenkomstig met weinig betrokkenheid aan het opstellen van een zorgplan, worden zij zelden gevraagd bij interprofessioneel overleg met verscheidene meningen hieromtrent.

Zowel in het literatuuronderzoek, de interviews als de case-flow analyse werd de bereikbaarheid van de huisarts voor de verpleegkundige van de palliatieve equipe nagegaan. In het literatuuronderzoek werden tegenstrijdige resultaten gevonden waardoor hier geen duidelijk besluit uit getrokken kon worden. Ook de antwoorden uit de interviews waren heel wisselend. Algemeen werd er een positieve

evolutie gezien ten opzichte van vroeger waarbij factoren werden aangehaald die deze ervaren bereikbaarheid in positieve of negatieve zin beïnvloeden zoals de betrokken arts, de gemaakte afspraken, het beschikbaar stellen van de gsm nummer door de huisarts, type praktijk, wachturen of kantooruren en de mate van urgentie. Anderzijds werd de bereikbaarheid door een van de verpleegkundigen als minder ervaren tegenover vroeger. Deze bevindingen komen in grote mate overeen met het onderzoek van Delport et al. (2) De case-flow analyse leverde bijkomende resultaten omtrent deze bereikbaarheid op. Allereerst werd duidelijk dat er regelmatig contact vanuit de verpleging van de palliatieve thuiszorgequipe noodzakelijk was met de huisarts voor een dringende vraag ondanks de meer adviserende en ondersteunende functie van de multidisciplinaire begeleidingsequipe. Anderzijds was, zoals op voorhand werd vermoed, het aantal te laag om er uitgebreide statistiek op uit te voeren. Uit de resultaten bleek dat de meeste contacten tijdens kantooruren plaatsvonden. Dit in tegenstelling tot de resultaten uit de interviews waarbij dit middels een schaalvraag geëxploreerd werd. Hier kwam naar voor dat deze contname door de week minder frequent nodig zou zijn omwille van het gemakkelijker kunnen bereiken van de huisarts door de patiënt zelf. Mogelijke redenen hiervoor zijn een andere werking tussen verschillende equipes en het meer subjectieve aspect van een schaalvraag waarbij de drempel om de huisarts te moeten contacteren in het weekend mogelijks groter is en dus langer bij blijft. Alle dringende contacten tijdens de kantooruren waarbij de verpleegkundigen meteen antwoord nodig hadden, werden ook binnen de vijftien minuten beantwoord. Indien dezelfde dag antwoord nodig was, gebeurde dit in acht van de negen gevallen ook effectief dezelfde dag met ongeveer gelijke verdeeldheid of dit dan binnen de vijftien minuten, binnen de dertig minuten of op dezelfde dag was. Gezien het weinig aantal contacten buiten de kantooruren, kan hier moeilijk een besluit uit getrokken worden. In een onderzoek naar bereikbaarheid van huisartsen voor hun palliatieve patiënten blijkt dat 60,8 procent buiten de kantooruren bereikbaar blijft. Het betreft echter een bevraging van huisartsen zelf waarbij dus geen conclusies kunnen getrokken worden omtrent de effectieve bereikbaarheid. (44) In een masterproef De Moitié et al. met bevraging van Vlaamse huisartsen zou 76 procent bereikbaar blijven voor palliatieve patiënten met een stijging naar 83 procent in de laatste week voor overlijden. (42)

Zowel in september als in oktober vormden ‘een patiënt die niet comfortabel is’ en ‘overleg van de medicatie/het pijnbeleid’ samengenomen, het grootste deel van de redenen tot dringende contactname met de huisarts. Deze contacten of pogingen tot contact verliepen allemaal via de telefoon. In de interviews werd naast de telefoon ook Siilo vermeld als communicatiekanaal. Er vonden geen interviews plaats bij verpleegkundigen van de equipe die de registratie van communicatie uitvoerde. Mogelijks is hier een verschil in werking tussen verschillende equipes een verklaring voor. In de masterproef van Delport et al. wordt een uitgebreidere waaier aan communicatiekanalen benoemd. Eén van de redenen zou kunnen zijn dat dit een onderzoek betreft waar geen onderscheid gemaakt wordt tussen thuisverpleegkundigen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. Ondanks de meer uitgebreide waaier aan communicatiekanalen in de masterproef van Delport et al., blijkt uit dit onderzoek dat in meer urgente situaties de telefoon het gangbare communicatiekanaal is. (2)

Ondanks de duidelijke trend in het veldonderzoek van meer contactname met huisartsen werkzaam in een groepspraktijk, is het moeilijk om hier conclusies uit te trekken. Er is namelijk niet geweten met welke arts contact werd opgenomen en bij meerdere registraties is dus mogelijks dezelfde arts betrokken. Uit het onderzoek van Plat et al. blijkt dat er geen correlatie is tussen het bereikbaar willen

zijn voor palliatieve patiënen na de werkuren en het type praktijk waar de arts werkzaam in is. (44) Ook in de masterproef van De Moitié et al. werden hier geen significante verschillen in gevonden. (42)

Omwille van de anonimiteit van het onderzoek kon er ook geen verdere analyse gebeuren op de gegevens over de afspraken omtrent bereikbaarheid. In het geval er werd afgesproken dat de wachtpost moest worden opgebeld, bleek deze niet ingelicht te zijn over de patiënt. Volgens het onderzoek van De Moitié et al. zou 75 procent van de huisartsen die de wachtpost inschakelen de huisarts van wacht informeren over de situatie, ofwel via telefonisch contact, ofwel via een dossier bij de patiënt thuis. (42) Dit was echter een enquêtestudie. Uit een cross-sectioneel exploratief onderzoek daarentegen waarbij de contacten in acht wachtposten in Nederland werden onderzocht op onder andere het aan- of afwezig zijn van overgedragen informatie, bleek dat deze informatie maar in 25,5 procent van de patiënten met palliatieve zorg aanwezig was. (45) Uit een masterproef van Veerhoek et al. bleek dat 24 procent van de wachtposten in Vlaanderen afspraken hebben met de huisartsen over het informeren van de wachtarts bij het niet bereikbaar zijn van de eigen huisarts. (41) Deze overdracht van informatie in kader van continuïteit van palliatieve zorg zorgt er dan ook voor dat palliatieve patiënten minder snel verwezen worden naar het ziekenhuis. (45)

4.2. Sterktes en zwaktes

In dit onderzoek wordt de samenwerking tussen de huisarts en de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe vanuit het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in het bijzonder geëxploreerd. In tegenstelling tot thuisverpleegkundigen hebben verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe een tweedelijnsfunctie waardoor hun taken en verantwoordelijkheden sterk verschillen. Door in dit onderzoek enkel interviews af te nemen bij verpleegkundigen werkzaam in een palliatieve thuiszorgequipe, werden er inzichten bekomen over deze zeer specifieke samenwerking met de huisarts. Het doel interviews af te nemen in vier verschillende equipes werd vooropgesteld omdat er mogelijks verschillen in werking zijn tussen de verschillende palliatieve thuiszorgequipes. Uiteindelijk konden er maar in twee verschillende equipes interviews afgenomen worden. Het onderdeel van het veldonderzoek waarbij dringende contacten vanuit de palliatief verpleegkundigen naar de huisarts geregistreerd werden, geeft een meer objectief zicht op de effectieve bereikbaarheid van huisartsen voor de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe. In de methode die gebruikt werd om deze dringende contacten met de huisarts te registreren, is echter nog ruimte voor verbetering. Zo verliep dit onderzoek volledig anoniem waardoor analyse van verschillen in bereikbaarheid tussen groepspraktijk en solopraktijken niet uitgevoerd kon worden, net zoals dit niet kon toegepast worden op de afspraken omtrent bereikbaarheid. Omwille van het eerder lage aantal contacten werd er geen verdere analyse naar de relatie tussen afspraken omtrent bereikbaarheid en de effectieve bereikbaarheid uitgevoerd. Dit onderdeel vormt wel een goede aanzet naar verder onderzoek over deze bereikbaarheid op grotere schaal.

4.3. Implicaties voor onderzoek

In toekomstig onderzoek zou het nuttig kunnen zijn om deze interviews meer verspreid over Vlaanderen af te nemen om zo de resultaten aan te vullen en uiteindelijk een beter beeld te bekomen over de ervaringen van verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes over heel Vlaanderen. Gezien de controverse betreffende het belang van het opstellen van een zorgplan voor een goede interprofessionele samenwerking en het weinig betrokken worden van de verpleegkundigen van de

palliatieve thuiszorgequipes, zou het nuttig kunnen zijn om hier verder onderzoek naar te doen. Dit bijkomend onderzoek zou het nut van zo'n zorgplan met gestructureerde zorgnoden als onderdeel van geïntegreerde zorg kunnen verduidelijken: enerzijds kan er onderzoek gedaan worden naar de haalbaarheid en implementatie hiervan en anderzijds naar het effect hiervan op de kwaliteit van zorg. Het deelonderzoek betreffende het registreren van de dringende contacten met de huisarts zou op grotere schaal of gedurende een langere periode uitgevoerd kunnen worden om statistiek toe te kunnen passen op een groot aantal resultaten. Een bevraging voordien van de verpleegkundigen over het verloop van deze registratie en mogelijke aanpassingen en verbeteringen is zeer zinvol. Daarnaast zou het nuttig zijn om, middels een sleuteltabel te gebruiken, de identiteit van de gecontacteerde huisarts te kennen zodat er uitgebreidere analyses op de resultaten mogelijk zijn.

4.4. Implicaties voor de praktijk

Uit het onderzoek blijkt dat de samenwerking door de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe met de huisarts over het algemeen positief ervaren wordt. Het zou zinvol zijn om de werking en functies van de palliatieve thuiszorgequipe meer bekend te maken naar de huisartsen toe. Op die manier is er beter geweten waarvoor huisartsen hen om hulp kunnen vragen om tegemoet te komen aan de holistische aanpak die de zorg voor een palliatieve patiënt vereist. Indien er afspraken gemaakt worden omtrent de bereikbaarheid van de huisarts, wordt een betere bereikbaarheid ervaren door de verpleegkundigen. Bij de start van een samenwerking is het daarom zinvol om hierover onderling afspraken te maken.

5. Conclusie

Dit onderzoek naar de samenwerking tussen de huisarts en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe bestaat uit een oriënterend literatuuronderzoek aangevuld met een veldonderzoek bestaande uit semi-gestructureerde interviews en een case-flow analyse omtrent de bereikbaarheid van huisartsen. In de bestaande literatuur worden volgende thema's belangrijk geacht voor een goede samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe: de relatie tussen huisarts en palliatief verpleegkundige, het centraal staan van de patiënt, expertise, communicatie, taakbeschrijving en verantwoordelijkheid, interprofessioneel leren en kosteneffectiviteit. Het veldonderzoek toont aan dat de samenwerking met de huisarts volgens de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipe over het algemeen goed verloopt. Zij hebben een tweedelijnsfunctie waarbij zij de huisarts tegemoetkomen in de vier dimensies van palliatieve zorg. De controverse omtrent het belang van het opstellen van een goed zorgplan en het weinig betrokken worden in interprofessioneel overleg noodzaakt verder onderzoek. Onderzoek naar de bereikbaarheid van de huisarts toont zowel in de literatuur als in de interviews wisselende resultaten. In een kleinschalige case-flow analyse blijkt de bereikbaarheid van de huisarts eerder positief te zijn. Deze case-flow analyse is een aanzet om dit onderzoek op grootschaliger niveau uit te voeren.

6. Dankwoord

Graag zou ik mijn promotor Professor Tsakitzidis en co-promotor Professor Wens willen bedanken voor het belegeiden van mijn masterproef. Speciale dank gaat uit naar de verpleegkundigen van de palliatieve equipes die meewerkten aan de interviews en die voor mij de contacten met de huisarts registreerden. Zonder hen was deze masterproef niet mogelijk geweest. Ook de artsen van mijn twee opleidingspraktijken 'Het Artsenhof' in Merksplas en 'Het Artsenhuis' in Gierle wil ik bedanken voor het mee brainstormen over een goed onderwerp en de steun tijdens het schrijven van mijn masterproef. Als laatste gaat er ook dank uit naar mijn ouders voor de verwennerij met goede koffie en zoete versnaperingen als ik bij hen thuis aan mijn masterproef kwam werken.

7. Bibliografie

1. Multidisciplinaire begeleidingsequipe [Internet]. Vilvoorde: Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw; s.d. [Geraadpleegd op 16 februari 2024]. Beschikbaar via: https://palliatievezorgvlaanderen.be/home/netwerken-palliatieve-zorg/multidisciplinaire-begeleidingsequipe/.

2. Delport AS, Vermandere M. Interdisciplinaire samenwerking tussen huisarts en (palliatief) verpleegkundige: communicatie omtrent de palliatieve patiënt en het gebruik van het IRIS platform. [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: Katholieke Universiteit Leuven; s.d. 50 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

3. Mertens F. Aspects of inter-professional collaboration and perceptions of caregiving in palliative care [Doctoraatsproefschrift]. [Gent, België; Brussel, België]: Universiteit Gent. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; Vrije Universiteit Brussel. Faculteit geneeskunde en Farmacie; 2022. 359 p. Beschikbaar via: http://hdl.handle.net/1854/LU-8745461

4. Pype P, Deveugele M, Van den Eynden B, Wens J, Stes A. Workplace learning for general practitioners in palliative care: suitable and feasible? [Doctoraatsproefschrift]. [Gent, België; Antwerpen, België]: Universiteit Gent. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; Universiteit Antwerpen. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; 2014. 240 p. Beschikbaar via: http://hdl.handle.net/1854/LU-4421511

5. De Backer S, Deveugele M. Leren door en over de interprofessionele samenwerking in de palliatieve thuiszorg: ervaringen van huisartsen. Een interviewstudie met focus op de rol van de palliatief verpleegkundige (abstract) [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: Universiteit Gent; s.d. 2 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

6. Govarts A, Wens J, Tsakitzidis G. Interprofessionele samenwerking en communicatie rondom de palliatieve patiënt: ervaringen en bedenkingen van Vlaamse huisartsen [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Antwerpen]: Universiteit Antwerpen; 2021. 50 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

7. De Gendt A, Deveugele M, Pype P, Mertens F. Interactie tussen huisartsen, thuisverpleegkundigen en verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes: observaties en ervaringen van thuisverpleegkundigen. Een interviewstudie. [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: Universiteit Gent; s.d. 14 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

8. Vanderstraeten K, Pype P. Implementatie van het IRIS-platform bij palliatieve patiënten: invloed op de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners - mixed method onderzoek (abstract) [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Gent]: Universiteit Gent; s.d. 2 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

9. Rimaux L, Deveugele M, Pype P. De plaats van het informeel interprofessioneel leren in de samenwerking van de huisarts met de palliatief verpleegkundige in de thuissetting, volgens de huisarts. Een interviewstudie. [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: Katholieke

Universiteit Leuven; s.d. 34 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

10. Ameye A, Deveugele M, Pype P. De interprofessionele samenwerking tussen de huisarts en de palliatieve equipe. Een interviewstudie: attitude en verwachtingen van huisartsen [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: Katholieke Universiteit Leuven; s.d. 27 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

11. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding Physicians' Skills at Providing End-of-Life Care. Perspectives of Patients, Families, and Health Care Workers. J Gen Intern Med. Januari 2001;16(1):41–9.

12. Seow H, Bainbridge D. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. J Palliat Med. januari 2018;21(S1):S37–44.

13. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 30 april 2005;330(7498):1007–11.

14. Schenker Y. Primary palliative care [Internet]. Alphen aan Den Rijn: Wolters Kluwer; 29 februari 2024 [Geraadpleegd op 9 maart 2024]. Beschikbaar via: https://www.uptodate.com/contents/primary-palliative-care

15. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Genève: World Health Organization; 5 augustus 2020 [Geraadpleegd op 10 maart 2024]. Beschikbaar via: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

16. Carline JD, Curtis JR, Wenrich MD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Physicians' Interactions with Health Care Teams and Systems in the Care of Dying Patients: Perspectives of Dying Patients, Family Members, and Health Care Professionals. J Pain Symptom Manage. Januari 2003;25(1):19-28.

17. de Graeff A, Jobse AP, Teunissen SCCM, Verkuijlen MMJD, Vissers KCP, Zylicz Z. Wat is palliatieve zorg? [Internet]. Utrecht: Stichting PZNL; 2 januari 2017 [Geraadpleegd op 13 maart 2024]. Beschikbaar via: https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/algemene-principes-palliatieve-zorg/wat-is-palliatieve-zorg

18. Twaddle ML, McCormick E. Palliative care delivery in the home [Internet]. Alphen aan Den Rijn: Wolters Kluwer; 24 mei 2023 [geciteerd 8 maart 2024]. Beschikbaar via: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home

19. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, Bechinger-English D, Bausewein C, Ferreira PL, Toscani F, Meñaca A, Gysels M, Ceulemans L, Simon ST, Pasman HRW, Albers G, Hall S, Murtagh FEM, Haugen DF, Downing J, Koffman J, Pettenati F, Finetti S, Antunes B, Harding R; PRISMA. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: A population survey in England, Flanders, Germany, Italy, The Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. Augustus 2012;23(8):2006–15.

20. Departement Zorg. Plaats van overlijden [Internet]. Brussel: Departement Zorg; s.d. [Geraadpleegd op 9 maart 2024]. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/

21. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - A qualitative study. BMC Palliat Care. 18 juli 2018;17(1):95.

22. Wu YH, Hsieh HY, Kuo YL, Wu CY. The experiences and needs of nurses providing home-based palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Palliat Care. Oktober 2023;38(4):490–502.

23. Beasley A, Bakitas MA, Edwards R, Kavalieratos D. Models of non-hospice palliative care: A review. Ann Palliat Med. Februari 2019;8(Suppl 1):S15–21.

24. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Project palliatieve zorg. Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; 2004. 162 p.

25. Tsakitzidis G, Kool E. Project palliatieve zorg. Vijf bouwstenen voor zorgteams. Huisarts Nu Tijdschrift. 2022;1:18–22.

26. Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheids- en welzijnszorg. 5e editie. Wommelgem: Van In; 2022. 187 p.

27. Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: A systematic review. Br J Gen Pract [Internet]. 30 april 2012 [Geraadpleegd op 14 maart 2024];62(598):e353-62. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3338057/.

28. Pype P, Symons L, Wens J, Van Den Eynden B, Stess A, Cherry G, Deveugele M. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. J Interprof Care. Juli 2013;27(4):313–9.

29. Pype P, Wens J, Stes A, Grypdonck M, Eynden B Vanden, Deveugele M. Patients' nursing records revealing opportunities for interprofessional workplace learning in primary care: A chart review study. Educ Health (Abingdon). Januari-april 2014;27(1):89–92.

30. Pype P, Mertens F, Deveugele M, Stes A, Van den Eynden B, Wens J. 'I beg your pardon?' Nurses' experiences in facilitating doctors' learning process - An interview study. Patient Educ Couns. September 2014;96(3):389–94.

31. Pype P, Peersman W, Wens J, Stes A, Van Den Eynden B, Deveugele M. What, how and from whom do health care professionals learn during collaboration in palliative home care: A cross-sectional study in primary palliative care. BMC Health Serv Res. 7 november 2014;14:501.

32. Pype P, Mertens F, Helewaut F, Krystallidou D. Healthcare teams as complex adaptive systems: Understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. BMC Health Serv Res. 20 juli 2018;18(1):570.

33. Dhollander N, Smets T, De Vleminck A, Lapeire L, Pardon K, Deliens L. Is early integration of palliative home care in oncology treatment feasible and acceptable for advanced cancer patients and their health care providers? A phase 2 mixed-methods study. BMC Palliat Care. 23 november 2020;19(1):174.

34. Gottschalk S, König HH, Mallon T, Schulze J, Weber J, Böttcher S, Sekanina U, Asendorf T, Hummers E, Freitag M, Schneider N, Friede T, Nauck F, Scherer M, Marx G, Dams J. Cost-effectiveness of a specialist palliative care nurse-patient consultation followed by an

interprofessional case conference for patients with non-oncological palliative care needs: results of the KOPAL trial. Ann Palliat Med. November 2023;12(6):1175–86.

35. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud. Januari 2008;45(1):140–53.

36. Kesonen P, Salminen L, Kero J, Aappola J, Haavisto E. An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. Omega (Westport) [Internet]. 19 april 2022 [Geraadpleegd op 17 maart 2024];89(3):1047–73. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11317020/.

37. Seow H, Bainbridge D, Brouwers M, Bryant D, Tan Toyofuku S, Kelley M Lou. Common care practices among effective community-based specialist palliative care teams: A qualitative study. BMJ Support Palliat Care. [Internet]. Maart 2020 [Geraadpleegd op 17 maart 2024];10(1):e3. Beschikbaar via: https://spcare.bmj.com/content/10/1/e3

38. Van Dongen JJJ, Lenzen SA, Van Bokhoven MA, Daniëls R, Van Der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors. BMC Fam Pract. 28 mei 2016;17:58.

39. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Medische kennisgeving tot financiële tegemoetkoming voor een patiënt die thuis palliatieve verzorging geniet [Internet]. Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; s.d. [Geraadpleegd op 17 maart 2024]. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/palliatieve-zorg/palliatief-forfait

40. Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, van Eijk JT, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. Br J Gen Pract. Januari 2006;56(522):20–6.

41. Veerhoek O, Remmen R, Wens J. Continuïteit van informatie voor palliatieve patiënten op de huisartsenwachtposten in Vlaanderen [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Antwerpen]: Universiteit Antwerpen; 2018. 37 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

42. De Moitié E, Aertgeerts B, De Lepeleire J, Vermandere M. Continuïteit in de palliatieve thuiszorg door de huisarts: organisatie van palliatieve zorg na de werkuren [Masterproef huisartsgeneeskunde]. [Leuven]: Katholieke Universiteit Leuven; s.d. 50 p. Beschikbaar via: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

43. Doctolib Siilo. De gratis beveiligde messenger voor zorgprofessionals [Internet]. Amsterdam: Doctolib Siilo; s.d. [Geraadpleegd op 9 maart 2025]. Beschikbaar via: https://www.siilo.com/nl/?update-lang=1

44. Plat FM, Peters YAS, Giesen P, Smits M. Availability of dutch general practitioners for after-hours palliative care. J Palliat Care. juli 2018;33(3):182–6.

45. Schweitzer B, Blankenstein N, Deliens L, van der Horst H. Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost. Huisarts Wet. 2011;54(8):422–6.

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: Zoekstrategieën in de verschillende databanken

PUBMED

(community-based-palliative-care[tiab] OR specialised-palliative-home-care[tiab] OR specialised-palliative-care[tiab] OR specialist-palliative-care*[tiab] OR “hospice and palliative care nursing”[Mesh] OR hospice-and-palliative-care-nurs*[tiab] OR “nurse specialists”[Mesh] OR nurse-specialist[tiab] OR palliative-nurs*[tiab] OR palliative-care-nurs*[tiab] OR hospice-nurs*[tiab] OR “palliative care”[Mesh] OR palliative-care[tiab] OR care-palliative[tiab] OR palliative-treatment*[tiab] OR treatment*-palliative[tiab] OR therapy-palliative[tiab] OR palliative-therapy[tiab] OR palliative-supportive-care[tiab] OR supportive-care-palliative[tiab] OR “palliative medicine”[Mesh] OR palliative-medicine[tiab] OR palliative-care-medicine[tiab] OR medicine-palliative-care[tiab] OR medicine-palliative[tiab] OR “terminal care”[Mesh] OR terminal-care[tiab] OR care-terminal[tiab] OR end-of-life-care*[tiab] OR care-end-of-life[tiab]) AND (“general practitioners”[Mesh] OR general-practitioner*[tiab] OR practitioner*-general[tiab] OR physician*-general-practice[tiab] OR general-practice-physician*[tiab]) AND (“interprofessional relations”[Mesh] OR interprofessional-relation*[tiab] OR interprofessional-care[tiab] OR shared-care[tiab] OR “patient care team”[Mesh] OR patient-care-team*[tiab] OR multidisciplinary-care-team*[tiab] OR multidisciplinary-health-team*[tiab] OR medical-care-team*[tiab] OR healthcare-team*[tiab] OR interdisciplinary-health-team*[tiab] OR interprofessional-collaboration[tiab])

COCHRANE

#1 ("community based palliative care"):ti,ab,kw OR ("specialized palliative home care"):ti,ab,kw OR ("specialised palliative care"):ti,ab,kw OR ("specialist palliative care"):ti,ab,kw OR ("hospice and palliative care" NEXT nurse*):ti,ab,kw

#2 MeSH descriptor: [Hospice and Palliative Care Nursing] explode all trees

#3 MeSH descriptor: [Nurse Specialists] explode all trees

#4 ("nurse specialist"):ti,ab,kw OR (palliative NEXT nurs*):ti,ab,kw OR ("palliative care" NEXT nurs*):ti,ab,kw OR (hospice NEXT nurs*):ti,ab,kw

#5 MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees

#6 ("palliative care"):ti,ab,kw OR ("palliative treatment"):ti,ab,kw OR ("palliative therapy"):ti,ab,kw OR ("palliative supportive care"):ti,ab,kw

#7 MeSH descriptor: [Palliative Medicine] explode all trees

#8 ("palliative medicine"):ti,ab,kw OR ("palliative care medicine"):ti,ab,kw OR ("medicine palliative care"):ti,ab,kw OR ("medicine palliative"):ti,ab,kw

#9 MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees

#10 ("terminal care"):ti,ab,kw OR ("end of life care"):ti,ab,kw OR ("care end of life"):ti,ab,kw OR ("care terminal"):ti,ab,kw

#11 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10

#12 MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees

#13 (general NEXT practitioner*):ti,ab,kw OR (practitioner* NEXT general):ti,ab,kw OR (physician* NEXT "general practice"):ti,ab,kw OR ("general practice" NEXT physician*):ti,ab,kw

#14 #12 OR #13

#15 MeSH descriptor: [Interprofessional Relations] explode all trees

#16 (interprofessional NEXT relation*):ti,ab,kw OR ("interprofessional care"):ti,ab,kw OR ("shared care"):ti,ab,kw

#17 MeSH descriptor: [Patient Care Team] explode all trees

#18 ("patient care" NEXT team*):ti,ab,kw OR ("multidisciplinary care" NEXT team*):ti,ab,kw OR ("multidisciplinary health" NEXT team*):ti,ab,kw OR ("medical care" NEXT team*):ti,ab,kw OR (healthcare NEXT team*):ti,ab,kw

#19 ("interdisciplinary health" NEXT team*):ti,ab,kw OR ("interprofessional collaboration"):ti,ab,kw

#20 #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19

#21 #11 AND #14 AND #20

EMBASE

('community based palliative care':ti,ab,kw OR 'specialised palliative home care':ti,ab,kw OR 'specialised palliative care':ti,ab,kw OR 'specialist palliative care*':ti,ab,kw OR 'palliative nursing'/exp OR 'hospice and palliative care nurs*':ti,ab,kw OR 'nurse specialist'/exp OR 'nurse specialist':ti,ab,kw OR 'palliative nurs*':ti,ab,kw OR 'palliative care nurs*':ti,ab,kw OR 'hospice nurs*':ti,ab,kw OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative care':ti,ab,kw OR 'care palliative':ti,ab,kw OR 'palliative treatment*':ti,ab,kw OR 'treatment* palliative':ti,ab,kw OR 'therapy palliative':ti,ab,kw OR 'palliative therapy':ti,ab,kw OR 'palliative supportive care':ti,ab,kw OR 'supportive care palliative':ti,ab,kw OR 'palliative medicine':ti,ab,kw OR 'palliative care medicine':ti,ab,kw OR 'medicine palliative care':ti,ab,kw OR 'medicine palliative':ti,ab,kw OR 'terminal care'/exp OR 'terminal care':ti,ab,kw OR 'care terminal':ti,ab,kw OR 'end of life care*':ti,ab,kw OR 'care end of life':ti,ab,kw) AND ('general practitioner'/exp OR 'general practitioner*':ti,ab,kw OR 'practitioner* general':ti,ab,kw OR 'physician* general practice':ti,ab,kw OR 'general practice physician*':ti,ab,kw) AND ('interprofessional care'/exp OR 'interprofessional collaboration'/exp OR 'interprofessional relation*':ti,ab,kw OR 'interprofessional care':ti,ab,kw OR 'shared care':ti,ab,kw OR 'patient care team'/exp OR 'patient care team*':ti,ab,kw OR 'multidisciplinary care team*':ti,ab,kw OR 'multidisciplinary health team*':ti,ab,kw OR 'medical care team*':ti,ab,kw OR 'healthcare team*':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary health team*':ti,ab,kw OR 'interprofessional collaboration':ti,ab,kw)

8.2. Bijlage 2: Infofiche over deelnemer interview

INFOFICHE OVER DEELNEMER INTERVIEW

Infofiche over deelnemers van het interview betreffende het masterproef-onderzoek: "Interprofessioneel samenwerken in de palliatieve thuiszorg met huisartsen: het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe".

Met dit document vragen we u enkele persoonlijke gegevens in te vullen. Deze zullen enkel gebruikt worden in kader van het onderzoek "Interprofessioneel samenwerken in de palliatieve thuiszorg met huisartsen: het perspectief van de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe", zoals uitgelegd in het informatieblad.

Alle gegevens worden gepseudonimiseerd verwerkt. Dit wil zeggen dat uw gegevens via een sleuteltabel terug te brengen zijn, dewelke enkel gedeeld worden met de onderzoekers van dit masterproef-onderzoek. De veiligheid van de deelnemers en hun gegevens wordt geoptimaliseerd door gebruik te maken van beveiligde omgevingen voor het bewaren van data.

Het mailadres zullen wij enkel gebruiken indien u na het interview de vraag stelt om het uitgeschreven transcript van het interview met u naar u door te sturen.

Naam en voornaam:

E-mailadres:

Aantal jaren ervaring:

8.3. Bijlage 3: Draaiboek vragenlijst interview

DRAAIBOEK VRAGENLIJST INTERVIEW

1. Hoe ervaar je na opstart van palliatieve zorg via de huisarts de samenwerking met de huisarts? Op welke vlakken loopt het goed in de samenwerking met de huisarts en op welke vlakken minder goed?
2. Worden jullie betrokken of in advies gevraagd bij het opmaken van een zorgplan?
3. Hoe vaak wordt u betrokken bij een interprofessioneel overleg?
4. Hoe ziet u uw taak als verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in de interprofessionele samenwerking zowel met de huisarts als met andere betrokken zorgverleners?
5. Hoe wordt informatie tussen zorgverleners onderling gedeeld? Hoe houden jullie elkaar op de hoogte?
6. Hoe ervaren jullie de bereikbaarheid van de huisartsen? Welke afspraken zijn daarover gemaakt?
    a. Op een schaal van 1 tot 10: Hoe vaak dien je een huisarts te bellen om een antwoord te formuleren op een nood waarvoor u gebeld bent.
    b. Op een schaal van 1 tot 10: Hoe vaak was de huisarts telefonisch bereikbaar volgens u?
    c. Wat zijn volgens u redenen dat ze wel of niet goed bereikbaar zijn?
    d. Welke communicatiekanalen gebruiken jullie om te communiceren met de huisarts?
    e. Verschilt dit communicatiekanaal als er dringend contact met de huisarts noodzakelijk is? Is er een verschil in communicatiekanaal bij vragen waar je nu een antwoord op nodig hebt en vragen waarbij je dezelfde dag een antwoord van de huisarts nodig hebt?

8.4. Bijlage 4: Invuldocument per case-flow

INVULDOCUMENT PER CASE-FLOW

- Datum:
- Reden van nood tot contact met behandelend huisarts:
- Hoe snel had u antwoord van de huisarts nodig?
    - Meteen
    - Dezelfde dag
- Wanneer probeerde u contact op te nemen met de huisarts?
    - Kantooruren (weekdagen van 8u tot 18u)
    - Wachturen (weekavonden vanaf 18u, weeknachten tot 8u 's morgens en weekends)
- Wat waren de afspraken met de huisarts betreffende bereikbaarheid?
    - Kantooruren
        - Telefonisch
            - Bellen praktijknummer
            - Bellen gsm huisarts
            - Bellen gsm praktijk
        - Siilo
        - WhatsApp
        - Mail
        - Andere:
    - Wachturen (avonden vanaf 18u, nachten tot 8u 's morgens en weekends)
        - Telefonisch
            - Bellen gsm huisarts
            - Bellen gsm praktijk
            - Bellen wachtpost
                - Ingelicht over palliatieve patiënt
                - Niet ingelicht over palliatieve patiënt
        - Siilo
        - WhatsApp
        - Mail
        - Andere:
- Welk communicatiekanaal hebt u gebruikt?
    - Telefoon
    - Siilo
    - WhatsApp
    - Mail
    - Andere:
- Type huisartsenpraktijk waarin de betrokken huisarts werkt
    - Solopraktijk
    - Groepspraktijk
    - Andere:
- Was de huisarts/huisartsenpraktijk bereikbaar? Ja/neen
    - Hoe lang heeft het geduurd voor u antwoord had van de huisarts?
        - Binnen de 15 min
        - Binnen de 30 min
        - Op idem dag
        - Andere:
    - Indien niet bereikbaar, welke actie heeft u ondernomen?
        - Verwijzing patiënt naar wachtpost
        - Verwijzing patiënt naar spoed
        - Andere, specifieer: