Hoe ervaren zorgprofessionals de samenwerking binnen de multidisciplinaire palliatieve zorg?

De Ceunynck Lieselotte, Universiteit Antwerpen

Vanwijnsberghe Elisabeth, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

Dankbetuiging

Allereerst willen wij professor dr. Johan Wens onze dank betuigen voor het begeleiden van de masterproef. Hij gaf ons de vrijheid om dit onderwerp te kiezen en stond van het begin tot het einde klaar om feedback te geven wanneer we erom vroegen. Met zijn inzichten in palliatieve zorg en zijn ervaring met kwalitatief onderzoek gaf hij ons de kans onze masterproef naar een hoger niveau te tillen. Daarnaast willen we alle enthousiaste deelnemers bedanken. Dankzij hen hebben we een enorme hoeveelheid aan positieve en negatieve ervaringen kunnen vergaren. Hun engagement en openheid werkten bovendien aanstekelijk en versterkten onze eigen interesse in de palliatieve zorg. Ze deden ons inzien hoe belangrijk dit onderzoek is en motiveerden ons om ons hier ten volle voor in te zetten. Hoewel palliatieve zorg een complexe materie is, geloven wij dat er reeds een hele sterke achterban is van mensen die geëngageerd zijn om zich hiervoor in te zetten. Tot slot willen we ook onze vrienden, familie, collega's en praktijkopleiders bedanken voor hun steun en goede raad gedurende het hele proces van de verwezenlijking van onze masterproef.

Inhoudsopgave

Dankbetuiging 3
Inhoudsopgave 4
1. Inleiding 1
2. Literatuuronderzoek 3
2.1. Onderzoeksvraag 3
2.2. Zoekstrategie 3
2.3. Data-extractietabel en kwaliteitscontrole 5
2.4. Literatuuronderzoek 6
3. Methode 8
3.1. Onderzoeksopzet 8
3.2. Populatie 8
3.3. Rekrutering van deelnemers 8
3.4. Datasaturatie 8
3.5. Dataverzameling 8
3.6. Data-analyse 9
3.7. GDPR 9
3.8. Verzekering 10
4. Resultaten 11
4.1. Participanten 11
4.2. Multidisciplinaire samenwerking binnen palliatieve zorg 13
4.2.1. Wat is het nut van een goede multidisciplinaire samenwerking? 13
4.2.2. Bevorderende factoren voor samenwerking binnen de palliatieve zorg 14
4.2.3. Belemmerende factoren voor samenwerking binnen de palliatieve zorg 18
4.2.4. Wat kan er beter met het oog op de toekomst 22
5. Discussie 26
5.1. Bevindingen 26
5.2. Terugkoppeling literatuurstudie 26
5.3. Sterktes en zwaktes van deze masterproef 26
5.4. Relevantie en opportuniteiten voor de toekomst 27
5.4.1. Suggesties met betrekking tot vervolgonderzoek 27
5.4.2. Suggesties met betrekking tot palliatieve zorg in de toekomst 27
5.4.2.1. Vlot verloop 28
5.4.2.2. Teamcohesie 28
5.4.2.3. Persoonlijke factoren 28
5.4.2.4. Goede kennis 29

5.4.2.5. Aanwezigheid van expertise 29
5.4.2.6. Beleid 29
6. Besluit 30
7. Bronnen 31
8. Bijlagen 33
8.1. Bijlage 1 – Kwaliteitsanalyse literatuurstudie 33
8.2. Bijlage 2 – Interviewscript 34

1. Inleiding

De stijgende gemiddelde levensverwachting in België (van 78,5 jaar in 2000 tot 83,3 jaar in 2024 (1)) leidt tot een toenemende vraag naar palliatieve zorg (2). Van de jaarlijks ongeveer 110.000 mensen die overlijden, heeft naar schatting 45-75% nood aan palliatieve zorg (3). Dit heeft tot gevolg dat huisartsen, die een centrale rol spelen binnen de palliatieve zorg, steeds vaker in aanraking komen met dit specifieke domein van de geneeskunde (4, 5).

Een brede kennis van palliatieve zorg en een goede samenwerking binnen de eerste lijn zijn essentieel om gecoördineerde en kwalitatieve zorg te kunnen garanderen. In de praktijk blijkt deze samenwerking echter niet altijd optimaal te verlopen, wat een negatieve impact kan hebben op de kwaliteit van de palliatieve zorg (6-10). Als huisarts in opleiding zijn ook wij hiervan getuige, zowel bij onze eigen casussen als bij die van collega's.

De gevolgen van een moeizame samenwerking manifesteren zich op verschillende niveaus. In de eerste plaats wordt de palliatieve patiënt getroffen, bij wie comfort en zorgnoden centraal zouden moeten staan. Wanneer de samenwerking tekortschiet, komt de kwaliteit van zorg onder druk. Daarnaast ondervindt ook het multidisciplinaire team (huisarts, verpleging…) de impact. Een gebrek aan afstemming en eensgezindheid kan leiden tot gevoelens van isolatie en te weinig onderlinge steun. Bovendien leidt dit tot onduidelijkheid en onzekerheid binnen het beleid omtrent de palliatieve patiënt. Ook voor de mantelzorger, die vaak nauw betrokken is bij de zorg, kan een gebrekkige samenwerking een bijkomende belasting vormen, onder meer door verminderde ondersteuning en begeleiding. Goede multidisciplinaire samenwerking is met andere woorden een belangrijke sleutel tot kwalitatieve palliatieve zorg.

Om het verschil te kunnen maken bij palliatieve zorg, is het van belang om na te gaan waarom de samenwerking soms hapert. Welke factoren maken dat de samenwerking niet altijd optimaal verloopt? Wat loopt er minder goed? Welke drempels ervaren zorgverleners binnen de palliatieve zorg? Waarop botsen de verschillende spelers binnen het palliatieve team? Daarnaast moeten ook positieve beïnvloedende factoren geïdentificeerd worden. Wat loopt er wel goed? Waar kan het team verder op inzetten? Wat zijn de rollen en taken van elke speler binnen de palliatieve zorg? Hoe kan de samenwerking efficiënter georganiseerd worden en hoe kan men ervoor zorgen dat alle partijen op eenzelfde lijn zitten? Hoe kunnen de doelstellingen van de verschillende spelers op elkaar afgestemd worden? Het beantwoorden van deze vragen biedt een houvast om de samenwerking binnen de palliatieve zorg in de toekomst verder te verbeteren.

In de literatuur kan op veel van deze vragen reeds een antwoord worden gevonden (cfr. infra literatuurstudie). Deze studies zijn echter vaak in het buitenland opgezet, waar de palliatieve zorg anders georganiseerd is dan in België. Bovendien is de organisatie van palliatieve zorg in Vlaanderen momenteel volop in hervorming (4, 11). Deze hervorming vertrekt vanuit een in 2022 opgesteld beleidsplan dat inzet op een geïntegreerde en persoonsgerichte benadering waarbij de patiënt en diens omgeving centraal staan. Hierbij wordt aandacht besteed aan subsidiariteit, de versterking van de eerste lijn, kwaliteit van zorg en kostenefficiëntie. De visie benadrukt het belang van toegankelijkheid en sensibilisering (zowel bij zorgverleners als bij het brede publiek), maar stelt ook een tijdige detectie van de nood aan palliatieve zorg voorop, met een zorgvuldige beoordeling en tijdige behandeling van zorg- en ondersteuningsnoden. Zorgcontinuïteit, waarbij de reguliere en de palliatieve zorg één geheel vormen, is essentieel. Er wordt ingezet op vier pijlers: een georganiseerd ecosysteem, duidelijke rollen en opdrachten, opleiding en sensibilisering, en ondersteunende tools en data. Om dit waar te maken werd in 2023 een actie-en transitieplan opgesteld, waarna in 2024 een transitieprogramma van start ging om dit uit te werken. In dit transitieprogramma werd in een eerste fase gefocust op het oprichten en professionaliseren van de palliatieve zorgnetwerken. Deze regionale netwerken zijn een samensmelting van de huidige palliatieve netwerken, samenwerkingsverbanden en multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE). Ze hebben zes opdrachten: informeren en noden detecteren, zorg en ondersteuning bieden, kwaliteitsopvolging en -verbetering, expertisebevordering, verbinden en toezien op welzijn en tot slot zorg coördineren en organiseren. Een tweede fase (start begin 2026) is het oprichten van het Vlaams Expertisecentrum voor Palliatieve Zorg

(VLEPZ), dat voornamelijk zou instaan voor kennisdeling, opleiding, kwaliteitsontwikkeling en samenwerking. Voor de eerste lijn wordt een cruciale rol weggelegd, aangezien multidisciplinaire begeleidingsequipes een meer ondersteunende en coördinerende rol opnemen dan voordien. Hierbij wordt een groot potentieel gezien in de verschillende eerstelijnszorgverleners (zoals de momenteel onderbenutte rol van de sociaal werker), de vroegtijdige zorgplanning (VZP) en het vermaatschappelijken van palliatieve zorg (11).

Het doel van deze masterproef is daarom om een duidelijk gestructureerd overzicht te bieden van bevorderende en belemmerende factoren voor de samenwerking binnen palliatieve zorg in de eerste lijn in België en om suggesties te doen om deze samenwerking naar de toekomst toe te verbeteren. Dit zou dan als “kapstok” kunnen worden gebruikt tijdens bijscholingen (bv. tijdens lokale onderwijskringen of LOK-groepen, vergaderingen in woonzorgcentra, lessen palliatieve zorg aan de universiteit, symposia van Palliatieve Zorg Vlaanderen ...), met het oog op het verkrijgen van een efficiëntere palliatieve samenwerking en een kwaliteitsvolle palliatieve zorg.

2. Literatuuronderzoek

2.1. Onderzoeksvraag

De oorspronkelijke onderzoeksvraag was:

> Hoe ervaren gezondheidsprofessionals de samenwerking binnen de multidisciplinaire palliatieve zorg?

Met behulp van ECLIPS werd deze vraag verder gespecificeerd:

> Wat zijn de ervaringen van de verschillende gezondheidsprofessionals (betrokken huisarts, medewerkers van een multidisciplinaire begeleidingsequipe, verpleegkundigen) met de multidisciplinaire samenwerking in de palliatieve setting in de thuisomgeving of het woonzorgcentrum? Hoe wordt dit vertaald naar sterktes en zwaktes met het oog op het aanbieden van handvatten voor een efficiëntere kwalitatieve palliatieve zorg?

ECLIPS

- *Expectations*:
  - Identificeren van ervaringen van verschillende gezondheidsprofessionals met de samenwerking binnen de palliatieve zorg.
  - Identificeren van de sterktes en zwaktes binnen de multidisciplinaire samenwerking in de palliatieve zorg.
  - In kaart brengen van hoe hierop ingespeeld kan worden.
  - Vormen van een basis voor toekomstig onderzoek.
- *Client group*:
  - Palliatieve patiënten.
- *Location*:
  - Palliatieve setting in de thuisomgeving of het woonzorgcentrum.
- *Impact*:
  - Instellen van efficiënte kwaliteitsvolle palliatieve zorg door het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking.
- *Professionals*:
  - Betrokken huisarts > 5 jaar ervaring (inclusief jaren in opleiding).
  - Multidisciplinaire begeleidingsequipe (verpleegkundige of arts).
  - Thuisverpleegkundige, verpleegkundige van het woonzorgcentrum.
  - (Andere zorgverleners werden niet geïncludeerd, er werd gekozen om toe te spitsen op bovenstaande groepen.)
- *Service*:
  - Samenwerking binnen palliatieve zorg.

2.2. Zoekstrategie

In april 2025 werd een literatuurstudie uitgevoerd om een antwoord te vinden op bovenstaande onderzoeksvraag. Er werd gezocht binnen de databank *Medline* middels *Medical subject headings (MeSH)*. Dankzij het artikel "*Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses." (12)*, werd via *Medline* een aanbod van gelijksoortige artikels verkregen. De MeSH-termen die in deze artikels werden vermeld, konden worden gebruikt als aanvulling op de reeds verkregen MeSH-termen bijpassend aan de ECLIPS.

Onderdeel MeSH	MeSH-term
Kwalitatief onderzoek	*"Qualitative Research", "Focus groups", "Surveys and Questionnaires", "Interviews as Topic"*
Ervaringen	*"Attitude of Health personnel", "Health knowledge, attitude, practice"*
Palliatieve zorg	*"Palliative care", "Terminal care", "Hospice care"*
Samenwerking in de gezondheidszorg	*"Intersectoral collaboration", "Interprofessional Relations", "Continuity of patient care", "Patient care team", "Cooperative behaviour", "Physician-Nurse Relations"*
Verpleging	*"Nurses, community health", "Hospice and palliative care nursing", "Nurse practitioners", "Community health nursing", "Home care services", "Nurses"*
Huisartsen	*"Physicians, primary care", "Physicians, Family", "general practitioners", "Family practice", "General practice", "Primary Health Care"*
Multidisciplinaire begeleidingsequipe	*/*
Woonzorgcentrum of thuissetting	*"Group homes", "Assisted living facilities", "Nursing homes", "Homes for the aged", "Home environment", "Home care services"*

Verschillende termen werden gecombineerd om diverse *search strings* te creëren, met als inclusiecriteria Engels-Nederlands- of Franstalige artikels:

Search string	Opbrengst
("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "General practitioners"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh]) AND ("Community Health Nursing"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh]) AND ("Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Physician-Nurse Relations"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh]) AND ("Qualitative Research"[Mesh] OR "Focus Groups"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "Interviews as Topic"[Mesh])	45 resultaten
((((("Qualitative Research"[Mesh]) AND ("Interprofessional Relations"[Mesh])) AND ("Primary Health Care"[Mesh])) AND ("Palliative Care"[Mesh])) AND ("Attitude of Health Personnel"[Mesh])	17 resultaten waarvan 5 artikels overeenkomstig de vorige zoekopdracht en 12 nieuwe artikels

("Qualitative Research"[MeSH Terms] OR "Focus Groups"[MeSH Terms]) AND ("nurses, community health"[MeSH Terms] OR "Community Health Nursing"[MeSH Terms] OR "Nurse Practitioners"[MeSH Terms] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH Terms]) AND ("Palliative Care"[MeSH Terms] OR "Terminal Care"[MeSH Terms]) AND ("Attitude of Health Personnel"[MeSH Terms] OR "health knowledge, attitudes, practice"[MeSH Terms]) AND ("Intersectoral Collaboration"[MeSH Terms] OR "Interprofessional Relations"[MeSH Terms] OR "Continuity of Patient Care"[MeSH Terms] OR "Patient Care Team"[MeSH Terms] OR "Cooperative Behavior"[MeSH Terms]) AND ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms] OR "General Practitioners"[MeSH Terms] OR "Family Practice"[MeSH Terms] OR "General Practice"[MeSH Terms] OR "Primary Health Care"[MeSH Terms]) AND ("Assisted Living Facilities"[MeSH Terms] OR "Group Homes"[MeSH Terms] OR "Homes for the Aged"[MeSH Terms] OR "Nursing Homes"[MeSH Terms] OR "Home Environment"[MeSH Terms] OR "Home Care Services"[MeSH Terms])	3 resultaten waarvan 2 artikels overeenkomstig een vorige zoekopdracht en 1 nieuw artikel

Dit leverde in totaal 58 verschillende resultaten op. Op basis van de abstracts werden 19 resultaten weerhouden die relevant waren voor het beantwoorden van de ECLIPS-onderzoeksvraag. Van al deze publicaties kon een volledige tekst verkregen worden. Bij het bekijken van de volledige tekst werden vervolgens nog acht artikels weg gefilterd, waarna elf (12-22) bruikbare resultaten konden worden meegenomen in onderstaande samenvattende literatuurstudie. Slechts zes van de elf artikels dateerden van 2015 of later (13, 15-18). Aangezien de oudere artikels inhoudelijk sterk overeenkwamen met de recentere publicaties en tegelijk een bredere kijk boden op de samenwerking tussen zorgprofessionals, werden ook deze vijf artikels geïncludeerd in het literatuuronderzoek.

2.3. Data-extractietabel en kwaliteitscontrole

De 11 artikels werden beoordeeld op basis van hun kwaliteit door middel van Cochrane checklists (zie bijlage 1). Afhankelijk van de *study method* of *study design*, werden hiervoor verschillende tools gebruikt. Voor de beoordeling van de kwaliteit van de kwalitatieve onderzoeken (13, 16-23), werd gebruikgemaakt van de Cochrane checklist voor kwalitatief onderzoek (24). Voor die van de systematische review op basis van observationele studies (15), werd eveneens één van de Cochrane checklists geraadpleegd, echter deze keer voor de beoordeling van systematische reviews (24). Ter beoordeling van de cross-sectionele descriptieve studie (14) en de prospectieve, observationele studie (12) werden de NIH Quality Assessment Tools gebruikt (25).

Van de 11 artikels werd vervolgens een data-extractietabel gemaakt. Hierin werden enkele algemene zaken weergegeven met betrekking tot de artikels, zoals bijvoorbeeld de titel van het artikel, het jaartal van publicatie, het tijdschrift, het land waarin het onderzoek gebeurde, het aantal keer dat het artikel geciteerd werd, het aantal referenties dat gebruikt werd en het aantal publicaties van de eerste auteur. Eveneens werden de kernelementen van de resultaten weergegeven zoals het type en het aantal zorgverleners dat deelnam aan het onderzoek, de datacollectiemethode, de setting en de belangrijkste resultaten die werden meegenomen in het literatuuronderzoek.

2.4. Literatuuronderzoek

Een goed gestructureerde en efficiënte interdisciplinaire samenwerking is essentieel binnen de palliatieve zorg. Eerstelijnszorgverleners worden frequent geconfronteerd met complexe zorgsituaties die een gecoördineerde en multidisciplinaire aanpak vereisen. Kwalitatieve palliatieve zorg vergt niet alleen medische deskundigheid, maar ook een vlotte samenwerking tussen alle betrokken disciplines. De volgende literatuurstudie biedt een gestructureerd overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren binnen de interprofessionele samenwerking in de palliatieve zorg, meer bepaald in de thuisomgeving en woonzorgcentra.

Bevorderende factoren voor samenwerking binnen palliatieve zorg

Enerzijds toont de literatuur aan dat er zeker enkele sterktes te vinden zijn binnen de huidige palliatieve zorg. De verschillende zorgverleners bemerken dat palliatieve zorg complex en veeleisend is. Deze tak van de eerstelijnszorg vergt veel tijd en kan emotioneel uitputtend zijn waardoor er een grote nood is aan een goede interdisciplinaire samenwerking (21). Er wordt veel voldoening gehaald uit het kunnen bieden van kwaliteitsvolle palliatieve zorg, zeker wanneer de wens om thuis te kunnen sterven in de vertrouwde omgeving op die manier mogelijk wordt (17). Een goede interdisciplinaire samenwerking kan continuïteit binnen de zorg garanderen, waarbij een betere symptoomcontrole mogelijk is. Hiernaast kan ook betere ondersteuning geboden worden, enerzijds aan de patiënt maar anderzijds ook aan zijn of haar naasten (12).

Factoren die een goede interdisciplinaire palliatieve zorgverlening mogelijk maken zijn onder andere goede communicatie tussen en bereikbaarheid van zorgverleners (15, 17, 18, 21), een duidelijke rolverdeling en kennis van deze verdeling (15, 16, 18, 21, 22), het invoeren van richtlijnen of protocollen (14, 15) en verdere opleiding omtrent palliatieve zorg.

Communicatie binnen de palliatieve zorg is een onderwerp dat in de literatuur breed wordt besproken. Het is belangrijk dat informatie op een efficiënte wijze doorgegeven wordt, opdat elke zorgverlener die betrokken is bij de palliatieve patiënt steeds voldoende op de hoogte is van de casus om kwalitatieve zorg te kunnen bieden. Deze communicatie kan gaan over de ziekte van de patiënt, medicatie, vervolgbehandelingen, wensen van de patiënt, palliatieve sedatie… (13, 19, 22). Dit is het meest efficiënt wanneer dit via *face-to-face* interactie of zelfs teamoverleg gebeurt, maar ook telefonische of schriftelijke communicatie kan hiervoor voldoende toereikend zijn (14, 18, 21). Wanneer zorgverleners elkaar reeds kennen, is er vaak reeds een wederzijds vertrouwen opgebouwd waardoor open communicatie en onderlinge toegankelijkheid bevorderd wordt (18). Networking tussen de verschillende zorgverleners kan deze samenwerking verder verbeteren (22).

Verder is het van belang dat er een duidelijke rolverdeling bestaat binnen de interdisciplinaire zorg waarbij de verschillende zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars takenpakket. Zo kan de zorg beter gecoördineerd worden en kan gezamenlijke besluitvorming plaatsvinden (21). Vaak is het de huisarts die de coördinerende rol op zich moet nemen (17, 21). Er zijn echter ook studies die tonen dat de thuisverpleging dit doet (13, 14, 17). Daarnaast behoren ook emotionele ondersteuning en informatieoverdracht naar de patiënt en zijn/haar familie tot de rollen van de verpleging (13).

Ook het invoeren van duidelijke richtlijnen en opleidingen kan de samenwerking vlotter doen verlopen. Palliatieve zorg is vaak complex en ervaring, kennis en competentie dragen bij aan het zelfvertrouwen van een zorgverlener (14, 15). Duidelijke richtlijnen of protocollen kunnen een houvast zijn voor zorgverleners, zeker tijdens wachturen of wanneer de huisarts bijvoorbeeld zelf niet aanwezig kan zijn bij de opstart van palliatieve sedatie (13-15).

Om de samenwerking binnen de interdisciplinaire palliatieve zorg te versterken, is het essentieel om doelgericht in te zetten op deze bevorderende factoren.

Belemmerende factoren voor samenwerking binnen de palliatieve zorg

Anderzijds blijkt duidelijk dat de hogergenoemde bevorderende factoren ook een keerzijde hebben. Enkele overlappende belemmeringen worden aangehaald die vatbaar zijn voor verbetering. Waar bijvoorbeeld goede efficiënte communicatie een bevorderend effect heeft, is een slechte inefficiënte communicatie de belemmerende tegenhanger (12, 16, 18, 22). Ook slechte bereikbaarheid (17, 18, 20), een onduidelijke rolomschrijving (13, 21), gebrek aan training en vaardigheden (15, 17, 19) en tijdnood (15, 17, 21) zijn factoren die een constructieve samenwerking kunnen verhinderen.

Communicatie is steeds een essentieel element binnen samenwerking in welke setting dan ook. Wanneer informatie niet goed wordt doorgegeven, wanneer er geen open communicatie is, wanneer een verpleegkundige de huisarts niet kan bereiken, is er het risico dat zaken fout begrepen worden. Dit leidt uiteindelijk tot een ervaring van hiërarchie waarbij het gevoel kan ontstaan dat er niet naar elkaar geluisterd wordt en dat beslissingen niet samen gemaakt worden. Dit gebrek aan onderling vertrouwen kan nefast zijn voor de kwaliteit van de zorg (20).

Wanneer de onderlinge rolverdeling van de verschillende zorgverleners onduidelijk blijft, weten de verschillende zorgverleners niet wat van elkaar verwacht kan worden. Zo kan er geen efficiënte delegatie van taken plaatsvinden en kunnen er frustraties ontstaan wanneer niet aan de verwachtingen voldaan wordt (13, 21).

Palliatieve zorg blijft een onderdeel van de medische wereld met een grote complexiteit. Vele zorgverleners komen onvoldoende in aanraking met palliatieve patiënten om voldoende ervaring en kennis op te bouwen. Dit kan leiden tot een gebrek aan zelfvertrouwen. Daarom is er meer nood aan opleiding en training, zowel op het vlak van kennis en vaardigheden als op het vlak van interdisciplinaire samenwerking (15, 17, 19).

Tijdnood is voor elke zorgverlener een hinderlijk punt. Zorgverlening voor een palliatieve patiënt vereist veel van een zorgverlener, zowel emotioneel als fysiek. Er is veel tijd nodig om deze complexe zorg te bewerkstelligen. Helaas wordt er regelmatig vastgesteld dat het moeilijk is om voldoende tijd uit te trekken voor de veelvuldige huisbezoeken. Er is soms niet genoeg tijd om uitleg te geven aan de patiënt en zijn of haar familieleden (15). Daarnaast is het voor de verpleegkundige soms moeilijk om een arts te bereiken bij problemen, zeker buiten de vaste kantooruren (17). Daarom wordt er vaak overgegaan op telefonische of schriftelijke communicatie. Essentieel hierbij is dat dit duidelijk en efficiënt gebeurt. Wanneer geen alternatief voorzien wordt bij tijdnood, kan dit leiden tot fouten (21).

Bijzondere aandacht wordt besteed aan problemen die optreden buiten de uren waarbij een arts van wacht wordt geraadpleegd. Enerzijds kunnen hier voordelen aan verbonden zijn, zoals een frisse blik op de situatie zonder vooroordelen (19). Maar in de meerderheid van de gevallen verloopt dit minder adequaat. Er is vaak enige terughoudendheid in het contacteren van zorgverleners buiten de uren, men wil niemand storen (17). Wanneer dit echter toch noodzakelijk is, komt deze zorgverlener terecht in een emotioneel zware omgeving, soms zonder de juiste informatie zoals de voorgeschiedenis of het plan van aanpak. Ook is er geen follow-up mogelijk, wat het nemen van beslissingen steeds moeilijker maakt (19). Wanneer de arts van wacht de patiënt onvoldoende kent, kan dit leiden tot een ongewenste hospitalisatie (12).

Wanneer we deze in de literatuur genoemde factoren naast elkaar leggen, ontstaat er reeds een “kapstok” die gebruikt kan worden in het verbeteren van de interdisciplinaire palliatieve zorg. Wat loopt er reeds goed, waar kunnen we extra op inzetten? En wat loopt er minder goed, waar is er nood aan verandering? Een kritische bedenking die we hierbij maken is dat de meeste literatuur een weergave is van ervaringen binnen de palliatieve zorg in landen waar deze zorg anders gecoördineerd wordt dan in België. Slechts 4 artikels bespraken dit onderwerp vanuit de Belgische context. Bovendien gaan de artikels voornamelijk over de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen en komt de samenwerking met palliatieve thuiszorgteams veel minder aan bod.

3. Methode

3.1. Onderzoeksopzet

Om een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvraag, werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode maakte het mogelijk om de subjectieve ervaringen en ideeën van deelnemers in kaart te brengen en zo een diepgaand inzicht te creëren in de complexe materie (26). Het onderzoek was mono-centrisch en niet-commercieel. Aangezien het onderzoek zich richt op de samenwerking tussen verschillende eerstelijns-hulpverleners, werden groepsinterviews georganiseerd, waardoor ook de onderlinge interacties en dynamieken konden worden geobserveerd. Wanneer participanten zich echter niet comfortabel voelden om deel te nemen aan een groepsinterview, werd geopteerd om over te gaan tot individuele interviews.

3.2. Populatie

Voor het bepalen van de onderzoekspopulatie werd gebruikgemaakt van *purposive sampling*. De hulpverleners die het best bij de onderzoeksvraag pasten, waren huisartsen, medewerkers van multidisciplinaire begeleidingsequipes en thuis- of woonzorgverpleegkundigen. De huisartsen moesten minimaal vijf jaar praktijkervaring hebben om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Bij de multidisciplinaire begeleidingsequipes werden enkel verpleegkundigen en equipe-artsen toegelaten. Voor de thuis-of woonzorgcentrumverpleging werden geen specifieke in-of exclusiecriteria gehanteerd.

3.3. Rekrutering van deelnemers

Deelnemers uit drie verschillende regio's werden gecontacteerd om per regio focusgroepen te kunnen samenstellen. Hiervoor werd aanvankelijk contact gelegd via e-mail en telefoon, maar wegens onvoldoende respons werden deelnemers uiteindelijk ook fysiek benaderd. Alle potentiële deelnemers kregen een inlichtingenblad met informatie over de masterproef, opdat zij voldoende geïnformeerd waren alvorens toe te stemmen om deel te nemen aan dit onderzoek.

3.4. Datasaturatie

Er werd gestreefd naar het bekomen van datasaturatie.

3.5. Dataverzameling

De interviews werden op semigestructureerde wijze afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde *topic list* (zie bijlage 2), waarvan tijdens het interview indien nodig kon worden afgeweken. Via een iteratief proces werd na elk interview geëvalueerd of de *topic list* voldoende actueel was en waar nodig bijgestuurd. Bij elk interview waren twee onderzoekers aanwezig: een interviewer en een observator. Deze rollen werden per interview afgewisseld.

Tussen augustus en november 2025 werden zes groepsinterviews (twee per regio) en twee individuele interviews georganiseerd. Deze vonden plaats in de woonzorgcentra waar de participanten werkzaam waren. De focusgroepen bestonden steeds uit vijf of zes deelnemers, waarbij werd gestreefd naar de aanwezigheid van minstens een thuisverpleegkundige, een woonzorgcentrumverpleegkundige, een huisarts en een arts of verpleegkundige van een multidisciplinaire begeleidingsequipe. De groepsinterviews duurden 60-90 minuten, de individuele interviews 40-45 minuten.

Alvorens met het interview te beginnen, werd door de participanten een toestemmingsformulier ondertekend, waardoor zij akkoord gingen met de opname van het interview. Met behulp van geschreven nota's enerzijds en gecombineerde audio- en video-opnamen anderzijds, konden de interviews ad verbatim worden

getranscribeerd, met uitzondering van één interview waarbij er problemen met de audio-opname optraden. Dit interview werd zo goed als mogelijk getranscribeerd met behulp van de video-opname en aangevuld met de schriftelijke nota's. Er werd hierbij geen gebruik gemaakt van gespecialiseerde programma's of artificiële intelligentie.

3.6. Data-analyse

De data-analyse gebeurde in verschillende stappen. Eerst werden alle interviews door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd op papier, waarbij eventuele memo's werden toegevoegd. Dit proces vond plaats na elk interview, zodat het afnemen van interviews en de codering ervan konden worden afgewisseld. Vervolgens werden de verkregen codes van beide onderzoekers met elkaar vergeleken en ingevoerd in NVivo 15, waar de verdere thematische analyse in onderling overleg werd uitgevoerd in verschillende fases. In de eerste fase werden codes gelabeld onder subthema's, wat resulteerde in 10-14 subthema's per onderzoeksvraag. Deze inductieve analysemethode werd toegepast op de eerste interviews. Op basis hiervan werd een codeboom opgesteld, waarna de volgende interviews deductief werden geanalyseerd. Veel van de verkregen codes konden worden ondergebracht in deze codeboom. De mogelijkheid tot aanpassen en toevoegen van bepaalde subthema's bleef evenwel bestaan. In een laatste fase werden de subthema's herbekeken en samengevoegd onder 4-6 overkoepelende thema's (27-29). Nadien werden de verkregen hoofdthema's gevisualiseerd met behulp van diagrammen in PowerPoint. De resultaten werden op descriptieve wijze geanalyseerd en weergegeven.

Quote	**Code**	**Subthema**	**Thema**
"Wij hebben pas nog een palliatieve patiënt samen gehad (wijst naar thuis-VPK (verpleegkundige)) en ik denk dat dat goed loopt als je heel kort op de bal kunt communiceren. Wij gebruiken daar de telefoon voor maar ook Siilo voor berichtjes te sturen."	Onderzoeker 1: Korte communicatie, bv. via Siilo Onderzoeker 2: Kort op de bal spelen via telefoon of Siilo	Kort op de bal spelen	Goede communicatie
"In zo'n situatie proberen wij wel, als er hulp van ons wordt gevraagd, proberen wij een zorgoverleg te organiseren, met inderdaad de familieleden die in conflict liggen, toch wel eens even aan tafel te krijgen."	Onderzoeker 1: Zorgoverleg bij conflictsituatie Onderzoeker 2: Zorgoverleg om te ontmantelen	Regelmatig zorgoverleg	

3.7. GDPR

De identiteit en deelname aan dit onderzoek van de deelnemers werd strikt vertrouwelijk behandeld. Alle gegevens die van hen verzameld werden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de "Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens" en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is, de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

Om hun privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, werden hun gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat hun naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen werden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeurden op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en hun persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in hun eigenbelang bepaalde informatie naar hen te kunnen terugkoppelen.

De gegevens zullen gedurende een periode van 20 jaar worden bewaard op beveiligde servers van de Universiteit van Antwerpen.

3.8. Verzekering

Dit onderzoek valt onder de verzekering van de Universiteit Antwerpen als opdrachtgever, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving.

4. Resultaten

4.1. Participanten

In totaal werden 23 thuisverpleegkundigen, 11 woonzorgcentra, 2 multidisciplinaire begeleidingsequipes, 19 huisartsenpraktijken en 2 wachtkringen gecontacteerd. Er stemden 34 participanten uit 3 verschillende regio's in om deel te nemen aan het onderzoek: 8 huisartsen, 7 thuisverpleegkundigen, 10 woonzorgcentrumverpleegkundigen, 2 artsen uit een multidisciplinaire begeleidingsequipe en 5 verpleegkundigen uit een multidisciplinaire begeleidingsequipe. Per regio werden 2 focusgroepen georganiseerd (6 focusgroepen in totaal). Hiernaast werden 2 individuele interviews afgenomen vanwege terughoudendheid voor deelname in een focusgroep of praktische overwegingen. Een uiteenzetting van de deelnemers is terug te vinden in onderstaande tabel.

Type interview	Deelnemer	Regio	Gender	Rol	Werkzaam	Ervaring
Focusgroep 1	1	A	Man	WZC VPK	35 jaar	Referentie VPK palliatieve zorg
	2	A	Man	Huisarts	35 jaar	Palliatief netwerk
	3	A	Man	Thuis VPK	17 jaar	Verantwoordelijke palliatief beleid 2 provincies Lid bestuurgroep MBE
	4	A	Man	Thuis VPK	11 jaar	Stafmedewerker palliatieve zorg en dementiezorg Lid bestuurgroep MBE
	5	A	Vrouw	MBE arts	8 jaar	/
	6	A	Vrouw	WZC VPK	16 jaar	/
Focusgroep 2	7	A	Vrouw	Thuis VPK	18 jaar	Parttime WZC VPK
	8	A	Vrouw	Thuis VPK	Onbekend	Parttime WZC VPK
	9	A	Vrouw	WZC VPK	Onbekend	Kwaliteitscoach Palliatief support team ziekenhuis
	10	A	Vrouw	MBE arts / Huisarts	10 jaar	/
	11	A	Vrouw	Thuis VPK	20 jaar	Referentie VPK palliatieve zorg
	12	A	Vrouw	Huisarts	25 jaar	CRA arts
Focusgroep 3	13	B	Vrouw	WZC VPK	15 jaar	Hoofd VPK dementie afdeling
	14	B	Vrouw	MBE VPK	10 jaar	/
	15	B	Vrouw	WZC VPK	35 jaar	Referentie VPK palliatieve zorg
	16	B	Man	Huisarts	34 jaar	/
	17	B	Vrouw	MBE VPK	7 jaar	/
Focusgroep 4	18	B	Vrouw	Huisarts	15 jaar	/
	19	B	Vrouw	WZC VPK	Onbekend	Adjunct hoofd VPK
	20	B	Vrouw	MBE VPK	5 jaar	/
	21	B	Vrouw	Huisarts	25 jaar	/
	22	B	Vrouw	MBE VPK	21 jaar	/
Focusgroep 5	23	C	Vrouw	WZC VPK	3 jaar, voordien ziekenhuis	/

	24	C	Vrouw	WZC VPK	3 jaar, voordien thuis VPK	/
	25	C	Man	Huisarts	5 jaar	LEIF arts
	26	C	Vrouw	Thuis VPK	20 jaar	Euthanasieteam
	27	C	Vrouw	Huisarts	21 jaar	CRA arts
Focusgroep 6	28	C	Vrouw	Huisarts	8 jaar	/
	29	C	Man	MBE arts/ Huisarts	Onbekend	/
	30	C	Vrouw	WZC VPK	15 jaar	Hoofd VPK
	31	C	Man	Thuis VPK	25 jaar	/
	32	C	Vrouw	WZC VPK	15 jaar, voordien thuis VPK	Diensthoofd WZC Palliatieve werkgroep
Individueel interview 1	33	B	Vrouw	WZC VPK	5 jaar hoofd VPK, voordien WZC VPK	Hoofd VPK
Individueel interview 2	34	B	Vrouw	Thuis VPK	11 jaar, voordien ziekenhuis	/

4.2. Multidisciplinaire samenwerking binnen palliatieve zorg

Tijdens de interviews werd gepeild naar ervaringen van eerstelijnszorgverleners binnen de multidisciplinaire palliatieve zorg. Er werden vier vragen besproken: (1) wat is het nut van een goede multidisciplinaire samenwerking; (2) wat zijn bevorderende factoren voor de samenwerking binnen palliatieve zorg; (3) wat zijn belemmerende factoren voor de samenwerking binnen palliatieve zorg; (4) wat kan er beter met een blik op de toekomst. Hieronder volgt een verdere uiteenzetting van de resultaten per hoofdthema.

4.2.1. Wat is het nut van een goede multidisciplinaire samenwerking?

Analyse van de verschillende interviews toonde aan dat alle deelnemers het nut van een goede multidisciplinaire samenwerking binnen palliatieve zorg beaamden. Er werd een onderverdeling gemaakt in voordelen voor de patiënt en voordelen voor het team van zorgverleners.

Voordelen voor de patiënt

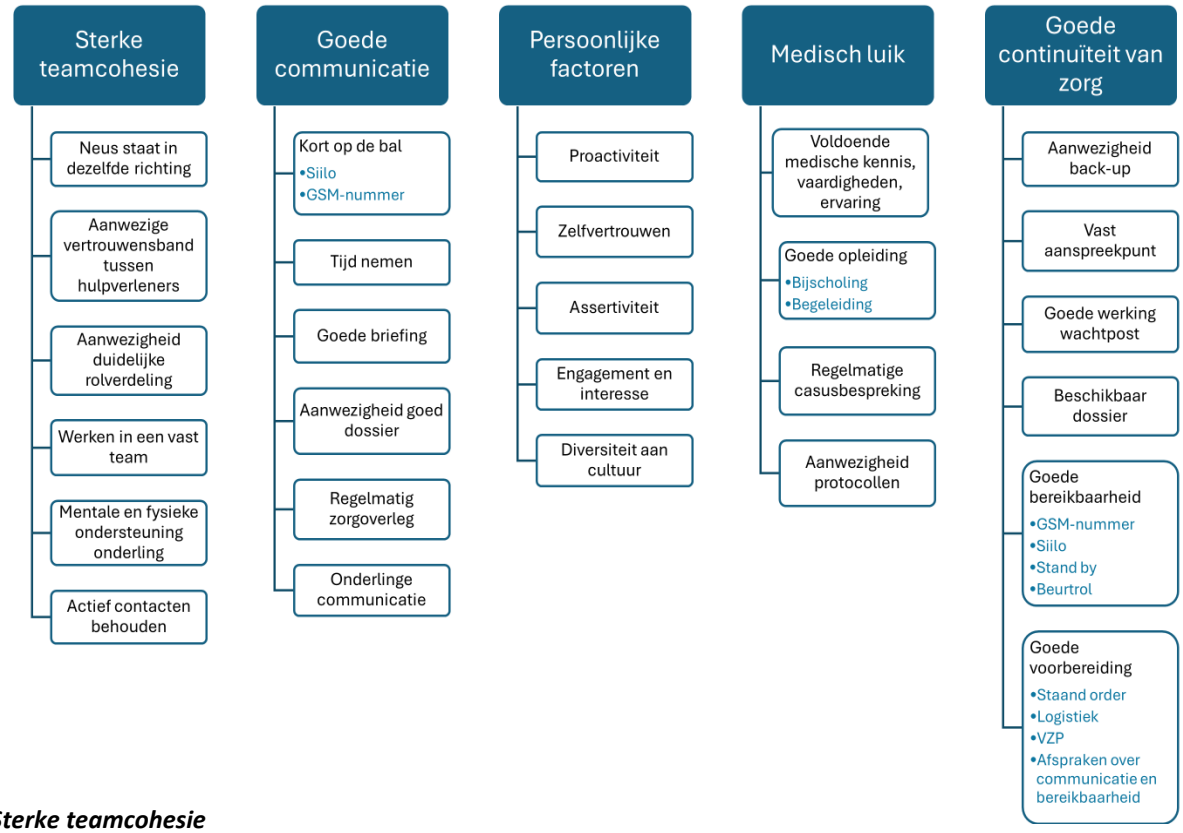
Er werden drie voordelen voor de patiënt geïdentificeerd. Verschillende participanten waren van mening dat een goede samenwerking essentieel is voor een betere kwaliteit van de palliatieve zorg, wat ten goede komt aan de patiënt. Deze samenwerking kan tevens het comfort van de palliatieve patiënt verhogen, doordat zij de mogelijkheid biedt om, naar eigen wens, thuis te overlijden. Wanneer de samenwerking vlot verloopt, kan dit ten slotte zorgen voor een mooie afsluiter, wat het rouwproces van de patiënt en zijn naasten kan bevorderen.

Voordelen voor het team

Voordelen voor het multidisciplinaire team werden onderverdeeld in het verkrijgen van een efficiëntere samenwerking en het ervaren van goede ondersteuning van de andere teamspelers. Dit laatste omvatte onder andere de ondersteuning bij het verwerken van casussen, het aanvullen van medische kennis en het toevoegen van extra expertise.

4.2.2. Bevorderende factoren voor samenwerking binnen de palliatieve zorg

Verschillende factoren dragen bij aan een goede multidisciplinaire samenwerking binnen de palliatieve zorg. Er werden 5 hoofdthema's geïdentificeerd: sterke teamcohesie, goede communicatie, persoonlijke factoren, medisch luik en goede continuïteit van zorg.



Sterke teamcohesie

Om een goede teamcohesie te bewerkstelligen is het belangrijk dat zowel de zorgverleners onderling als de zorgverleners enerzijds en de patiënt en mantelzorger anderzijds met hun neus in dezelfde richting staan.

> *"Ja als de dokter en de familie mee is, dan loopt het meestal vlot. Soms staan wij een beetje… Als wij een dokter van wacht moeten bellen en we weten niet wie de huisarts is. Als familie anders denkt dan de bewoner, dan is het ook heel moeilijk. Dus zo lang als er aan hetzelfde zeel wordt getrokken, is dat oké. Maar anders is het soms moeilijk heb ik de indruk." (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 32)*

Ook de aanwezigheid van vertrouwen tussen de verschillende zorgverleners maakt dat er een veilige omgeving wordt gecreëerd om samen te werken en dat iedereen kan bouwen op elkaars interpretatie en expertise. Dankzij een duidelijke rolverdeling weten alle zorgverleners wat het takenpakket van de verschillende disciplines omvat en welke verantwoordelijkheden ze zelf moeten opnemen. Dit verbetert de samenwerking en samenhang binnen het team. Aansluitend aan bovengenoemde zaken draagt ook werken in een vast team bij aan de teamcohesie. Het is bevorderlijk wanneer zorgverleners elkaar persoonlijk kennen door bijvoorbeeld in het verleden reeds met elkaar samengewerkt te hebben. Hierdoor kunnen ieders capaciteiten beter ingeschat worden en kunnen verwachtingen beter worden afgestemd.

> *"En ook als je regelmatig met vaste mensen samenwerkt, dan ken je elkaar ook beter, en kun je ook veel beter inschatten hoe iemand iets inschat, en daarop verder gaan." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 18)*

Mentale en fysieke ondersteuning van andere zorgverleners kan een sterke teamcohesie faciliteren. Dit omvat emotionele ondersteuning, de mogelijkheid tot feedback, dubbel- en driedubbelcheck, ondersteuning bij vaardigheden en inspringen bij moeilijkheden.

> *"Dus ik heb altijd wel ergens iemand dat mij kan helpen of ik heb ook een goed contact met de collega's in (plaatsnaam). Dat ik bel van goh: hoe zou jij dit oplossen? Hoe… die pomp blokkeert, of ken jij die pomp, of kun jij anders even komen… Zo op die manier. Je bent nooit alleen-alleen, zeg ik altijd. Dat is wel goed. Dat geeft mij ook wel een geruster gevoel." (Regio B, individueel interview 2, deelnemer 34)*

Tot slot kan het proactief behouden en versterken van contacten, ook buiten het werk, de teamcohesie versterken.

Goede communicatie

Kort op de bal spelen, met behulp van Doctolib Connect (voorheen bekend als Siilo) of telefonisch bereikbaar zijn dankzij het uitwisselen van GSM-nummers, is nuttig om goed te kunnen communiceren. Zo kan iedereen snel en efficiënt op de hoogte worden gebracht wanneer er veranderingen zijn in het palliatieve proces en kan er snel geschakeld worden.

> *"Wij hebben pas nog een palliatieve patiënt samen gehad (wijst naar thuis VPK) en ik denk dat dat goed loopt als je heel kort op de bal kunt communiceren. Wij gebruiken daar de telefoon voor maar ook Siilo voor berichtjes te sturen." (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 12)*

Bovendien is het ook bevorderlijk voor de communicatie wanneer de verschillende hulpverleners voldoende tijd nemen tijdens de overdracht van informatie, zodat er geen onduidelijkheden zijn. Daarnaast spelen degelijke briefing en de aanwezigheid van een goed dossier een cruciale rol. Dit maakt dat er een goede informatieoverdracht kan plaatsvinden tussen de hulpverleners van het vaste team enerzijds of met de wachtpost anderzijds. Dit kan via mondelinge briefing, e-mail, computerprogramma's, via een papieren dossier… Ook een zorgoverleg wanneer er communicatieve moeilijkheden zouden optreden, kan de problemen soms oplossen.

> *"In zo'n situatie proberen wij wel, als er hulp van ons wordt gevraagd, proberen wij een zorgoverleg te organiseren, met inderdaad de familieleden die in conflict liggen, toch wel eens even aan tafel te krijgen." (Regio B, focusgroep 3, deelnemer 14)*

Tot slot is het belangrijk dat de hulpverleners onderling goed communiceren, en niet enkel met een tussenpersoon (vaak familie) communiceren zonder elkaar op de hoogte te houden.

> *"Op een gegeven moment heb ik dat dan ook opengetrokken naar de huisarts van, "maar kijk, familie is tot bij ons gekomen met al die zaken." En dat de huisarts ook zei, "goh, maar bij mij is ze tot bij mij gekomen met al die zaken." Dus dat we daar al even terug een rechte lijn hadden. En dan heeft de huisarts ook wel gezegd, oké, ja, misschien moet ik het meer afblokken en zeggen dat communicatie via jullie gaat." (Regio B, individueel interview 1, deelnemer 33)*

Persoonlijke factoren

Uit de interviews blijkt dat bepaalde persoonlijke kenmerken van hulpverleners ook bevorderend kunnen zijn voor een goede samenwerking. Ten eerste is proactiviteit een belangrijke eigenschap. Door proactief aan de slag te gaan, kunnen bepaalde moeilijkheden in de toekomst soms vermeden worden.

> *"De praktische afspraken. Waar ik merk in de praktijk vaak, dat het soms wel eens misloopt van, "wie moeten we nu bereiken, die thuisverpleegkundige is nu niet aan het werken, dus het is die andere", en dat je dan zo moet... En dus zo proactief weten van, ik ben deze week bereikbaar, dan niet, dan wel… Dat laat het ook allemaal wel heel vlot verlopen, vind ik zelf." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 20)*

Ook voldoende zelfvertrouwen werkt bevorderend voor de samenwerking, omdat de zorgverlener dan steviger in zijn of haar schoenen kan staan tijdens de palliatieve zorg. Dit komt vaak vanzelf wanneer meer ervaring wordt opgebouwd. Daarnaast draagt aanwezigheid van voldoende assertiviteit bij, omdat zo bepaalde problemen aangekaart kunnen worden, in plaats van deze te zien gebeuren en niets te ondernemen. Verder komen persoonlijk engagement, motivatie en interesse voor palliatieve zorg als bepalende factoren naar voren bij de samenwerking binnen palliatieve zorg. Wanneer iedere teamspeler zich even hard engageert, is de kans op een vlot verloop groter.

> *"Je ziet dan die patiënt constant, diejen dokter komt daar binnen, die doet zijn observatie en dat is, instant moet dieje beslissen waar dat heel veel beslissingen aan vast hangen. Je hebt dan dokters die dan een heel mooi overleg kunnen doen en de ervaringen van die kundigen mee kunnen pakken en dan zeggen van, oh, wij komen samen tot een besluit. En dat is eigenlijk hetgene wat dat je zou moeten hebben." (Regio A, focusgroep 1, deelnemer 3)*

Tot slot is ook diversiteit aan cultuur binnen een team soms een pluspunt, zeker in een diverse patiëntenpopulatie, omdat hierdoor verschillende inzichten in patiënten met een andere culturele achtergrond kunnen worden opgedaan en zo de kwaliteit van zorg ook stijgt.

> *"Ik heb 2 mannen: een zorgkundige (namen), dat is dan een Marokkaanse man, wel hier geboren. Maar dat is wel nog een praktiserende moslim. Zijn zus (naam) werkt ook bij ons maar die is moslim maar niet praktiserende eigenlijk. Maar ik vind dat wel goed. Als wij moslimpatiënten hebben en er zijn problemen en die stellen ook wel dingen naar ons toe in vraag bij palliatieve dingen. En die zeggen dat dan ook wel ja maar dit en dat, en moet er nu niet dit gebeuren. En dan zeg ik van ja nee want wij doen dat zo, bij ons gebeurt dat zo. Maar wij leren van hun dan weer andere dingen…" (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 11)*

Medisch luik

Het volgende hoofdthema dat geïdentificeerd kan worden, is het medische luik. Ook dit kent verschillende subthema's. Ten eerste is het essentieel dat alle zorgverleners beschikken over voldoende medische kennis, vaardigheden en ervaring. Het is belangrijk om bij te blijven door middel van bijscholingen, maar ook door middel van persoonlijke begeleiding van andere hulpverleners binnen het team. Verschillende participanten zijn van mening dat zowel artsen als verpleegkundigen steeds van elkaar en MBE's kunnen leren, mits ze elkaar een goede ondersteuning bieden.

> *"Dat als er aangegeven wordt bijvoorbeeld van (palliatieve equipe) dat er een vorming is, dat wij daar ook wel naartoe rijden op navorming, dat wij dan als palliatieve, degenen die willen eh, dat wij die vorming gaan meedoen. Daar pikken we toch altijd wel iets van op. En dan geven wij dat door aan onze collega's van dat was wel echt iets goed, dat konden we daaruit leren…" (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 32)*

Ook regelmatige casusbespreking achteraf draagt bij aan een toename in kwaliteit van samenwerking, omdat zo telkens kan worden nagegaan welke zaken goed en welke zaken minder goed liepen.

> *"Wij hebben eigenlijk om de twee maanden ook een palliatieve Teams. Dus dat wij multidisciplinair samen zitten, overlopen van de huidige palliatieve processen, maar ook degene dat geweest zijn. En daar bespreken wij ook wel van, kijk dit liep echt niet goed…Daar zit onze CRA ook bij, dan horen wij ook even van hoe kunnen we dit in de toekomst verbeteren?" (Regio B, individueel interview 1, deelnemer 33)*

Tot slot kan de beschikbaarheid van medische protocollen soms verhelderend zijn wanneer er onenigheid of onzekerheid is.

> *"Huisartsen zijn vaak niet mee, en een huisarts die het zelf niet weet… Ik heb al eens iemand gehad, de huisarts zei van we gaan een palliatieve sedatie opstarten, maar ja wat? Ja wij hebben dan zo'n flowchart dan die we hebben voorgelegd. En die was achteraf heel dankbaar van… Eh want die heeft dan zijn toestemming gegeven en…" (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 30)*

Goede continuïteit van zorg

Als laatste blijkt goede continuïteit van zorg van cruciaal belang te zijn om een goede samenwerking en dus kwaliteit van zorg te bekomen. Een eerste subthema dat op dit vlak geïdentificeerd kon worden op basis van de interviews is de aanwezigheid van een back-up, zoals bv. de CRA-arts, om als vangnet te fungeren wanneer de vaste huisarts zijn of haar verantwoordelijkheden niet opneemt of wanneer in moeilijke situaties bemiddeld moet worden. Ook de hoofdverpleegkundige kan soms dienen als back-up, wanneer andere verpleegkundigen bepaalde taken omwille van persoonlijke redenen niet willen of kunnen uitvoeren.

> *"Ja, de CRA kan dan wel in een woonzorgcentrum bemiddelen, eh. Dat is mijn taak. Ik zeg "Geeft de hete patat maar aan mij, zal ik wel een keer op tafel kloppen”.” (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 12)*

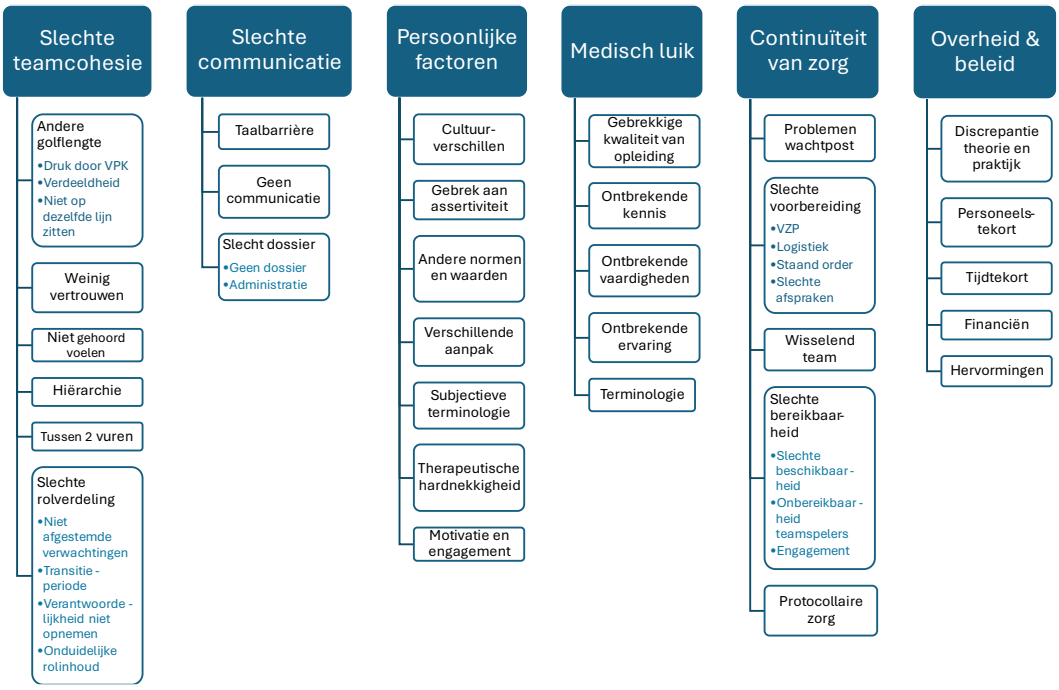
Een volgend subthema dat naar voren is gekomen, is de beschikbaarheid van vaste aanspreekpunten voor bepaalde zaken. Zo kan een bepaald aanspreekpunt dienen als tussenpersoon langs wie alle communicatie moet verlopen, zoals bv. een verpleegkundige die vragen van familieleden kan bundelen voor de huisarts of een verpleegkundige die het best op de hoogte is van de casus en die dus ook het best geplaatst is om te briefen. Daarnaast kunnen ook vaste aanspreekpunten voor technische vaardigheden, zoals het plaatsen van een pomp heel nuttig zijn.

> *“Wij hebben een aantal referentieverpleegkundigen palliatieve zorg in huis, effectief met de opleiding. Ik heb die trouwens ook gedaan. En je merkt dat collega’s die het zelf niet goed weten, die vinden wel heel rap een aanspreekpunt.” (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 24)*

Een volgend element dat bijdraagt aan een goede continuïteit van zorg, is een goede werking van de wachtpost. Hierbij is er wel de voorwaarde dat de wachtpost goed gebrieft is of dat er minstens een duidelijk verslag met informatie over de patiënt beschikbaar is. Goede bereikbaarheid, het volgende onderdeel om continuïteit van zorg te bewerkstelligen, kan bevorderd worden dankzij het delen van GSM-nummers, het contacteren via Doctolib Connect, de aanwezigheid van iemand die steeds stand-by is en het hebben van een beurtrol van beschikbaarheden binnen een artsenpraktijk, MBE of verpleegteam. Tot slot is een goede voorbereiding essentieel om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Hierbij worden best duidelijke afspraken gemaakt. Dit kan door het opstellen van een vroegtijdige zorgplanning en het noteren van staande orders in het dossier van de patiënt, zodat de verpleegkundige alleen nog telefonisch de bevestiging nodig heeft om het order uit te voeren. Daarnaast moeten ook duidelijke afspraken worden gemaakt over hoe communicatie kan verlopen en of de zorgverleners bereikbaar willen en/of kunnen zijn. Ook qua logistiek is het belangrijk al het nodige in huis te hebben om te kunnen anticiperen op de verdere nodige zorg.

4.2.3. Belemmerende factoren voor samenwerking binnen de palliatieve zorg

Naast bevorderende factoren voor de samenwerking binnen de palliatieve zorg, werden ook verschillende belemmerende factoren in kaart gebracht. Zes hoofdthema's konden geïdentificeerd worden: slechte teamcohesie, slechte communicatie, persoonlijke factoren, het medisch luik, continuïteit van zorg en overheid en beleid.



Slechte teamcohesie

Een belangrijke barrière voor goede samenwerking binnen palliatieve zorg is een slechte teamcohesie. Wanneer er verdeeldheid heerst binnen het team, niet iedereen dezelfde visie deelt of deelnemers elkaar onder druk zetten (bv. druk vanuit een verpleegkundige om een palliatief statuut aan te vragen wanneer de patiënt hier eigenlijk nog niet voor in aanmerking komt), lukt het niet om met alle spelers op dezelfde golflengte te zitten en loopt de samenwerking stroef. Daarnaast blijkt dat een gebrek aan vertrouwen kan leiden tot een minder goede samenwerking waarbij zorgverleners elkaar geen gehoor geven, door het gebrek aan vertrouwen in elkaars expertise. Dit kan zorgen voor een onveilige werkomgeving. Hierbij aansluitend wordt ook het gevoel geen gehoor te krijgen genoemd als een van de belemmerende factoren voor een goede teamcohesie, wat soms kan leiden tot frustraties binnen het team.

> *"Binnen het verpleegteam, ik denk dat ze daar redelijk ook op de lijn staan van, we willen comfort. Wanneer komt die wrijving er? Dat moment dat we discomfort zien en geen gehoor hebben bij een huisarts. En dan gaat inderdaad, ja, toen twee, nu volgens mij nog maar één verpleegkundige echt ook dat uiten naar de rest toe. Van, "ik ben hier niet mee akkoord". Is dat juist? Nee. Maar het is wel vanuit de juiste intentie voor het beste voor ons bewoners te willen." (Regio B, individueel interview 1, deelnemer 33)*

Verder komt de aanwezigheid van hiërarchie, waarbij de huisarts boven de verpleegkundige staat, ook in verschillende interviews naar voren als bemoeilijkende factor voor de samenwerking, omdat verpleegkundigen hierdoor soms niet voldoende vragen durven stellen aan de huisarts en het risico op het maken van fouten door beide partijen vergroot. Sommige deelnemers geven ook aan soms het gevoel te hebben tussen twee vuren te staan, wanneer ze als tussenpersoon moeten optreden tussen de huisarts en de familie van de patiënt, terwijl ze eigenlijk ook hun eigen mening hebben.

> *"En dan moet je altijd zo als verpleegkundige of als zorgkundige die rol daartussen, je zit daar zo tussen de arts en tussen de familie. Maar ik vind het ook wel heel moeilijk om aan een arts te zeggen van "het is gewoon te weinig, dit gaat hem niet worden, doe nu gewoon eens een keer iets extra". Tegen sommigen kan je dat wel zeggen maar tegen anderen… Allee die verhoudingen zijn toch nog wel…" (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 23)*

Tot slot wordt ook een slechte rolverdeling genoemd als stoorzender bij de samenwerking binnen palliatieve zorg. Dit leidt tot niet- afgestemde verwachtingen, waarbij verantwoordelijkheden soms onvoldoende worden opgenomen. Bovendien wordt dit tegenwoordig nog extra bemoeilijkt door de transitieperiode waarin we ons nu bevinden (cfr. supra inleiding).

> *"Maar ik kan wel best begrijpen dat een verpleegkundige op dat moment die verantwoordelijkheid niet wil nemen, want daar heb je een arts voor nodig. Wij kunnen wel vinden die is te slecht en vinden dat wij moeten opstarten. Maar ik vind dat daar het groen licht van die dokter nodig is van "doe maar"." (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 23)*

Slechte communicatie

Naast teamcohesie speelt ook communicatie een belangrijke rol in de ervaren knelpunten. Participanten geven aan dat taalbarrières de communicatie kunnen bemoeilijken. Daarnaast wordt soms een gebrek aan communicatie ervaren, waarbij informatie niet of onvoldoende wordt gedeeld tussen zorgverleners.

> *"Dus dat is teamwork, dat is communiceren, allee… Normaal als het fout loopt, is dat omdat er niet goed gecommuniceerd geweest is "ah wij dachten dat dat zo was"." (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 29)*

Ook een slecht dossierbeheer wordt problematisch genoemd. In sommige situaties ontbreekt een dossier volledig, wat bijvoorbeeld tot problemen kan leiden op de wachtpost. Anderzijds is de overtollige of onpraktische administratie ook een belangrijk struikelblok.

> *"Ja, want dat is de cultuur die wij aan het kweken zijn. We hebben het allemaal zogezegd nodig dat het gedocumenteerd moet worden. Een grote zin, wie schrijft, die blijft. Het is een beetje in de verkeerde richting aan het gaan. Alles moet becijferd worden, gedocumenteerd worden. Ook naar de overheid toe. Misschien moeten ze dat eens wat meer loslaten." (Regio B, focusgroep 3, deelnemer 14)*

Persoonlijke factoren

Ook persoonlijke factoren kunnen de samenwerking op een negatieve manier beïnvloeden. Als eerste kunnen cultuurverschillen tussen hulpverleners leiden tot belemmering van de samenwerking, doordat hierdoor soms bepaalde handelingen (zoals toediening van morfine of palliatieve sedatie) geweigerd worden. Ook interpretaties van bepaalde situaties kunnen onderling verschillen. Een tweede persoonlijke factor die geïdentificeerd kan worden is een gebrek aan assertiviteit. Hierdoor worden problemen of meningsverschillen minder snel uitgesproken, worden frustraties in de hand gewerkt en mogelijke fouten minder gecorrigeerd. Daarnaast kunnen verschillen in normen en waarden een vlot verloop van de palliatieve zorg in de weg staan.

> *"Ik denk dat dat heel vaak met waarden en normen te maken heeft en geloofsovertuigingen, cultuurverschillen. Ik merk in de stad in ieder geval, dat we daar wel allemaal comfort willen voor die patiënten, maar wat valt onder die noemer, dat is denk ik soms ook wel heel persoonlijk." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 22)*

Bovendien kan een verschillende aanpak door bv. wisselende huisartsen (binnen een praktijk of in de wachtpost) ook tot verwarring leiden en zorgen voor een minder gestroomlijnde zorg. Verder hebben bepaalde termen, zoals "palliatieve sedatie" of "terminaal" voor verschillende zorgverleners een andere betekenis, waardoor het moeilijk is om op dezelfde golflengte te zitten.

> *"Ja, als je bijvoorbeeld over het levenseinde spreekt, andere dingen verstaan, onder bijvoorbeeld, ik zal het woord noemen, "palliatieve sedatie", wat voor de één dus inhoudt, thuisverpleegkundige die belt,*

> *"we beginnen met de sedatie". Ik zeg, oh, wat bedoel je? Oh ja, we willen een pompje hier. Oké, ja oké, gewoon een pompje. He, dus, what's in a name? Een arts die aanmeldt en die zegt, "ik heb hier een terminale patiënt". Dokter, is dat dan dringend nu? "Neenee, we hebben nog wel wat tijd". Oké, niet terminaal dus. Die woordkeuze is soms heel verwarrend." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 22)*

Sommige participanten halen ook therapeutische hardnekkigheid aan, waarbij sommige zorgverleners vasthouden aan een curatieve zorg, terwijl anderen al eerder in de richting van palliatieve zorg beginnen denken, waardoor ook de vroegtijdige zorgplanning vertraging oploopt. Tot slot wordt aangegeven dat een gebrek aan motivatie of engagement de samenwerking vaak bemoeilijkt, omdat dit vaak leidt tot slechte bereikbaarheid, het niet opnemen van verantwoordelijkheden, het minimaal uitvoeren van taken, het niet willen deelnemen aan bijscholingen…

Medisch luik

Binnen het medische luik worden verschillende subthema's aangehaald. Zo wijzen deelnemers op een gebrekkige kwaliteit van de basisopleiding, wat vaak ook leidt tot een tekort aan kennis, over bijvoorbeeld dosering van medicatie of indicaties voor een palliatief statuut, vaardigheden, zoals bijvoorbeeld het gebruiken van een pomp, en ervaring.

> *"Het is nu al een keuzevak. In mijn tijd, was er niks. Je kwam daar voor de eerste keer mee in aanraking als je in de praktijk stond." (deelnemer 18) "Je leert dat gewoon al doende. "Ah morfine, en hoeveel is dat dan?"." (deelnemer 21) "En nog steeds he. Dat is het grote werkpunt bij alle HAIO's." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 18 en 21)*

Ook gebruik van subjectieve terminologie kan tot verwarring leiden. Dit komt bijvoorbeeld naar voren bij de aanvraag van een palliatief statuut en de vraag wanneer een patiënt als palliatief kan worden beschouwd. Voor veel artsen is het moeilijk om in te schatten of een patiënt nog slechts drie maanden te leven heeft, terwijl deze termijn eerder als een verwachting dan als een strikt afgebakend criterium moet worden gezien.

Continuïteit van zorg

Het volgende hoofdthema dat aan bod komt, is continuïteit van zorg. Participanten benoemen onder andere problemen met de wachtpost, omdat artsen van wacht minder op de hoogte zijn van een casus, wat nog eens extra bemoeilijkt wordt wanneer er geen correcte informatie aanwezig is. Ook tijdtekort speelt een arts van wacht vaak parten. Daarnaast wordt een gebrekkige voorbereiding aangehaald, bijvoorbeeld wanneer de vroegtijdige zorgplanning ontbreekt of te laat wordt opgesteld, er logistieke problemen zijn, zoals het niet beschikbaar zijn van bepaalde medicatie, er geen staande orders zijn gemaakt of afspraken over communicatie en bereikbaarheid ontbreken. Verder verstoort een frequente wissel van team de continuïteit van zorg, omdat teamleden minder vertrouwd zijn met elkaar, de patiënt of de situatie.

> *"Dat ik bij ons in het WZC wel merk. Wij hebben nog wel eens vaak een frequent wisselend team gehad de afgelopen jaren en dan is het soms moeilijk alle collega's daarin mee te krijgen. Vanuit niet voldoende kennis of nog heel jong waardoor ze er nog niet mee in contact zijn geweest." (*Regio C, focusgroep 5, deelnemer 24)

Ook slechte bereikbaarheid vormt een belangrijk probleem, bijvoorbeeld wanneer teamleden zich niet beschikbaar kunnen maken, onbereikbaar zijn of wanneer er een gebrek is aan engagement om bereikbaar of beschikbaar te willen zijn. Tot slot kan een te sterke nadruk op protocollaire zorg ervoor zorgen dat er minder ruimte is voor individuele afstemming op de patiënt.

> *"Ik heb ook een beetje de huiver van protocollen voor sedatie omdat dat elke keer opnieuw toch een nieuw verhaal is. Je hebt richtlijnen, je hebt het wettelijke kader, maar het blijft wel soort… Ja… Individuele beslissing op dat moment voor dat product, of die combinatie van producten, te gebruiken en daarmee te starten omdat elk verhaal ook wel een beetje verschillend is."* (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 28)

Overheid en beleid

Het laatste hoofdthema omvat structurele factoren op beleidsniveau. Zo wordt een discrepantie tussen theorie en praktijk ervaren, waarbij richtlijnen of beleidsmaatregelen niet altijd aansluiten bij de realiteit van het werkveld. Zo komt de wetgeving met betrekking tot de diagnose en vergoeding van palliatieve patiënten met behulp van het palliatief statuut niet helemaal overeen met hoe zorgverleners palliatieve patiënten tegenwoordig identificeren. Bovendien zitten er binnen het landschap van palliatieve patiënten ook grote verschillen tussen palliatieve patiënten met een hoge of lagere zorgnood.

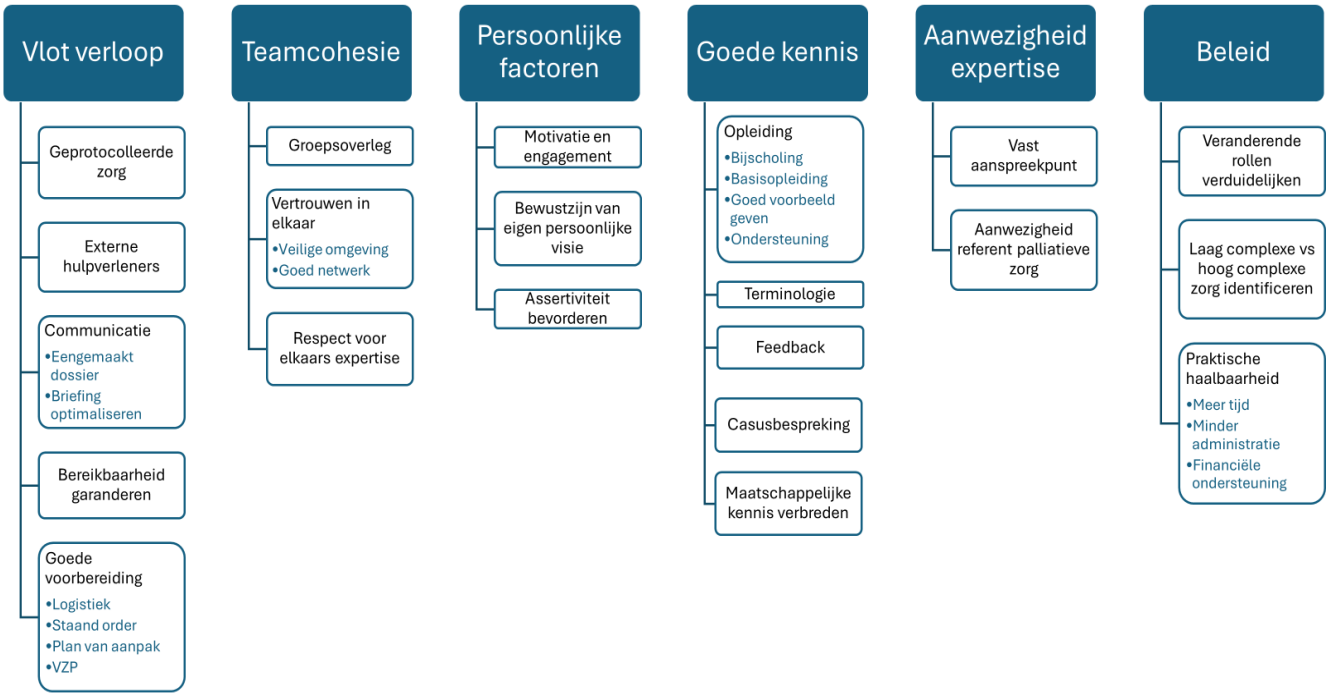
> *"Het probleem is dat er 2 verschillende systemen bestaan eh. Je hebt het oude systeem nog waarbij je dat papier moet invullen dat iemand een palliatief supportteam heeft of elke dag iemand die toezicht houdt of een verpleegkundige… en als dat natuurlijk iemand is die op die moment nog niet veel zorgen echt nodig heeft, dan kan je dat niet altijd aanvinken en daar staat ook nog op dat je verwacht dat iemand 3 maanden gaat leven. Terwijl ondertussen is er een wettelijke regeling met de PICT die zegt: als de PICT positief is, dan ben je palliatief. Alleen is hetgeen dat erachter moet komen, nog altijd niet beslist door de overheid. Dat is al jaren een probleem." (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 12)*

Daarnaast worden ook praktische factoren zoals personeelstekort en tijdgebrek genoemd als belangrijke uitdagingen voor de organisatie van zorg, doordat de druk op de hulpverleners steeds toeneemt. Tot slot creëren financiële beperkingen en de lopende hervormingen binnen het palliatief zorgsysteem onzekerheid.

> *"In woonzorgcentra zit je eigenlijk met hetzelfde probleem. Minder verpleegkundigen vinden ze ook om op de diensten te staan. De verantwoordelijkheid van een verpleegkundige wordt groter en groter, die verpleegkundige geraakt ook maar in tijd beperkt om bij de patiënten te geraken. Dus eigenlijk tijd en het financiële ligt heel erg ingekaderd in het verpleegkundig zijn." (Regio A, focusgroep 1, deelnemer 2)*

4.2.4. Wat kan er beter met het oog op de toekomst

Het laatste deel van het interview richtte zich op hoe de samenwerking binnen de eerstelijns palliatieve zorg kan worden verbeterd. Hierbij werden zes centrale thema's geïdentificeerd: bevorderen van een vlot verloop van de zorg, het versterken van de teamcohesie, het aanpakken van persoonlijke factoren, het waarborgen van goede kennis, het verzekeren van de aanwezigheid van expertise en implementeren van beleidsmatige veranderingen.



Vlot verloop van de zorg

Het eerste hoofdthema dat aan bod kwam tijdens de interviews was het proberen bevorderen van een vlot verloop van de palliatieve zorg. Veel participanten vonden de aanwezigheid van protocollen die als houvast kunnen worden gebruikt een meerwaarde en zouden in de toekomst ook meer gebruik van protocollen willen zien. Voornamelijk overkoepelende protocollen, die hetzelfde zijn in bijvoorbeeld de verschillende woonzorgcentra, kwamen naar voren als suggestie.

> *"En zo dat standaard schema dat je bijvoorbeeld gebruikt, ja dat zal ook wel iets ideaal zijn, denk ik, als dat gewoon uniform is over de rusthuizen voor iedereen al. Ja oké dat kan altijd wel wat afwijken want niet elke patiënt is hetzelfde. Maar als je gewoon al een standaard iets hebt waar iedereen zich op kan baseren…" (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 25)*

Ook het inschakelen van externe hulpverleners, zoals een sociale dienst, ergotherapeuten, kinesisten… werd beschouwd als een mogelijke optie om de zorg in de toekomst vlotter te laten verlopen, omdat zij kunnen ingeschakeld worden ter ondersteuning en ontlasting van het reeds bestaande kernteam rond de patiënt.

> *"Ik denk wat soms nog wel zou kunnen helpen in situaties is dat je zo misschien een sociaalassistent hebt die heel veel dingen regelt in plaats van het gezin. Omdat je soms ziet dat mensen daar de energie niet voor hebben, de tijd niet voor hebben om nog te zorgen dat er een bed komt en een wc-stoel… Dat kost, dat hebben die mensen allemaal gedaan, maar dat is allemaal energie die ze op die moment…" (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 12)*

Daarnaast kwamen er verschillende manieren naar voren om de communicatie rond de zorg te verbeteren. Concreet suggereerden verschillende deelnemers het gebruik van een eengemaakt dossier waartoe elke zorgverlener die rond een bepaalde patiënt staat toegang kan krijgen. Voorbeelden van dossiers die participanten aanhaalden om uit te breiden zijn Geracc en Care Solutions. Ook het optimaliseren van briefing

methodes via Doctolib Connect, GSM, Microsoft Teams… werd vermeld als manier om communicatie te verbeteren. Op die manier kan ingezet worden op een betere bereikbaarheid.

> *"Ja een digitaal dossier… Waar iedereen aan kan, en bepaalde bevoegdheden heeft eh." (Regio A, Focusgroep 2, deelnemer 12)*

> *"Ik ben aan het denken, en dat schiet mij nu gewoon puur te binnen, omdat we dat hebben voor onze flatjes. Als daar een oproep is, hebben wij een Teams met de gemeente, maar ook het OCMW, van, "we hebben een beloproep gehad, of dat alarm is geweest, er is wel of niks", zodat de persoon dat instaat voor de zorg, ook voor de flatjes, dat die de dag nadien ook kan gaan zien. Ik ben maar aan het denken, moest zoiets bestaan voor iedere palliatieve setting, van, oké, we hebben nu een palliatief proces van die bewoner, we zitten in Teams met die huisarts, en iedere dag wordt daarin geschreven van, dat is de medicatie, en zo is de situatie, dat eigenlijk zo de opvolging…Ik denk dat dat wel iets positiefs zou kunnen zijn." (Regio B, individueel interview 1, deelnemer 33)*

Tot slot werd inspelen op een goede voorbereiding aangehaald als manier om een vlot verloop van de zorg in de toekomst te kunnen bewerkstelligen. Dit omvat onder andere een goede logistieke organisatie (bv. voldoende medicatie in huis hebben en pompen regelmatig controleren), het werken met staande orders (mits er naast het staand order nog telefonisch contact kan opgenomen worden), meteen een plan van aanpak opstellen voor patiënten die net terugkomen uit het ziekenhuis en tijdig beginnen aan (het bespreekbaar maken van) vroegtijdige zorgplanning (VZP).

Teamcohesie

Een tweede belangrijk thema betreft het versterken van de teamcohesie. Participanten gaven aan dat het regelmatig organiseren van groepsoverleg, waarin zorgverleners samen casussen kunnen bespreken, bevorderend kan zijn voor de teamcohesie en dus de samenwerking bij palliatieve zorg. Voornamelijk moeilijke casussen kunnen best besproken worden zodanig dat alle zorgverleners terug op dezelfde golflengte kunnen zitten.

> *"Ja en ik denk misschien als je zo'n moeilijke casussen hebt met artsen die zowat moeilijk zijn, dan overleg inplannen en de CRA-arts erbij vragen eh. Ik denk dat dat vooral ook misschien… Dat je dan met verpleging, de huisarts, de CRA-arts en dan eventueel de familie ook nog bij, even rond tafel gaat zitten eh als je voelt dat het stroef loopt. En dan kunnen we misschien een beetje ontmantelen." (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 27)*

Ook het creëren van vertrouwen tussen hulpverleners kan bijdragen, doordat dit een veilige werkomgeving creëert en een goed netwerk waarop kan worden teruggevallen. Tot slot draagt respect voor elkaars expertise ook tot een constructieve samenwerking binnen het team.

> *"Voor mij in mijn hoofd zit dat zo, degenen die hier de mensen verzorgen in een woonzorgcentrum of thuisverpleegkundigen die langs de patiënt komen, dat zijn mijn ogen en oren." (Regio A, focusgroep 1, deelnemer 2)*

Persoonlijke factoren

Aangezien ook persoonlijke factoren een rol kunnen spelen in zowel het belemmeren als bevorderen van een goede samenwerking, is het geen verrassing dat dit ook iets is waar in de toekomst op kan ingezet worden. Verschillende deelnemers zijn van mening dat het aanmoedigen van engagement en motivatie belangrijk is om goede palliatieve zorg te kunnen verzekeren. Ook de bewustwording van hoe zorgverleners zelf in de situatie staan en dat dit kleurt hoe ze hiermee omgaan, is hierbij van belang.

> *"Dus als wij iedereen overtuigd krijgen van het belang van palliatieve zorg zoals dat iedereen dat hier aan tafel vindt, dan wordt er los van financiering, die beter zou moeten, hè, maar dan wordt een goede palliatieve zorg gegeven, maar daar zit ook het probleem en dat begint bij het belang van palliatieve zorg in heel de maatschappij, hè?" (Regio A, focusgroep 1, deelnemer 5)*

Daarnaast moet assertiviteit in sommige gevallen bevorderd worden, dit helpt zorgverleners om hun mening te uiten, problemen tijdig aan te kaarten en actief deel te nemen aan de besluitvorming binnen het team.

Goede kennis

Een volgend centraal thema dat aan bod komt, is het inzetten op voldoende en juiste kennis. Ten eerste zijn de meeste participanten van mening dat een goede, fundamentele basisopleiding niet mag ontbreken. Dit wil zeggen dat er voldoende tijd en aandacht moet worden besteed aan het thema palliatieve zorg bij studenten geneeskunde en verpleegkunde. Ook tijdens bv. IPSIG-weken kan gebruikgemaakt worden van palliatieve casussen om de samenwerking in deze specifieke setting goed te oefenen. Daarnaast kan het meenemen van studenten op palliatief huisbezoek tijdens stages nuttig zijn, omdat ze zo een goed voorbeeld krijgen van wat palliatieve zorg inhoudt. Verder is naast de basisopleiding ook regelmatige bijscholing tijdens bijvoorbeeld LOK's of door MBE-georganiseerde evenementen een manier om steeds goed bij te blijven. Zorgverleners kunnen veel van elkaar leren.

> *"En overal is het ook anders eh. Je moet het in verschillende situaties gedaan hebben vooraleer je weet wat je moet doen. Wat die mensen voordien hebben genomen van medicatie speelt ook allemaal mee, dus eh. Dan kan je altijd zoveel mogelijk zien om de HAIO mee te nemen, dat is belangrijk eh." (Regio C, focusgroep 5, deelnemer 25)*

Vervolgens is het belangrijk dat een correct gebruik van terminologie wordt gepromoot, zodat er geen verwarring heerst tussen zorgverleners of naar patiënten toe. Daarnaast is het ook van belang dat er ruimte is om feedback te kunnen geven en krijgen tijdens de samenwerking rond een patiënt. De mogelijkheid om laagdrempelig advies te vragen aan collega's, maakt dat de zorgverleners steeds kunnen leren van elkaar. Verder kan ook casusbespreking nadien nuttig zijn om bij te leren en bij te sturen naar de toekomst toe. Dit kan met het kernteam rond de patiënt zelf, maar ook overkoepelend met medewerkers van bijvoorbeeld verschillende woonzorgcentra, zodat er steeds ruimte is om nieuwe manieren van aanpak te verkennen.

> *"Soms denk ik "oh ik zou zo wel eens bij de andere rusthuizen ofzo willen samenwerken of bij andere settings van hoe pakken jullie dit aan?". Dat je inzichten van elkaar ook verwerft." (*Regio C, focusgroep 5, deelnemer 24)

Tot slot kan ook het verbreden van de maatschappelijke kennis bijdragen aan het algemene beeld van palliatieve zorg, wat kan leiden tot een vlottere samenwerking tussen hulpverleners enerzijds en de patiënt en mantelzorger anderzijds. Dit kan door kinderen reeds vanaf jonge leeftijd (bv. in de kleuterschool) in aanraking te laten komen met het thema "dood" of door kinderen in het middelbaar tijdens de lessen biologie uitleg te geven over de processen die in het lichaam plaatsvinden na het overlijden. Ook het regelmatig in de media brengen van het thema palliatieve zorg en het uitdelen van flyers in woonzorgcentra en huisartsenpraktijken kan een manier zijn om de maatschappelijke kennis te verbreden.

Aanwezigheid van expertise

Het volgende thema dat geïdentificeerd kon worden tijdens de interviews, is het inzetten op de aanwezigheid van personen met voldoende expertise. Enerzijds betreft dit de aanwezigheid van een vaste aanspreekpersoon die het beste op de hoogte is van de casus, anderzijds betreft dit de aanwezigheid van iemand met een bijzondere bekwaamheid op het vlak van palliatieve zorg, een referentiepersoon. Dit kan bijvoorbeeld een huisarts zijn uit de regio of een vaste huisarts in een praktijk naar wie binnen die praktijk kan worden doorverwezen. Een verpleegkundig palliatief referent kan deze rol voor de verpleegkundigen op zich nemen. Naast de mogelijkheid om hiernaar door te verwijzen, kan deze referentiepersoon ook geraadpleegd worden wanneer nood is aan meer ondersteuning. Niet alle deelnemers waren hier echter voorstander van, omdat het kunnen handelen in palliatieve casussen geen uitzondering, maar een basisvaardigheid zou moeten zijn.

> *"En in een groepspraktijk kun je dat doen hé. Als je met een paar artsen bent, dan is het automatisch... Bij ons in de praktijk is dat ook zo. De palliatieve sturen we wel naar die arts. En de andere problemen ook misschien hé, bijvoorbeeld de orthopedie, de klagers en zagers." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 21)*

> *"Wat ik soms ook mis binnen het woonzorgcentrum, die werkgroepen. Gelijk palliatieve referent, dat wist ik niet dat we dat hadden, en dat dat verplicht is. En als daar dan zo'n werkgroep zou zijn, dat zou dat voor mij ook gemakkelijk gemaakt hebben, in die situatie zou ik gebeld hebben van dat is nu het probleem. Hoe zou ik daarmee omgaan? Of kom eens even met mij mee? En dan zie ik eens hoe die dat … En dat heb ik wel heel hard gemist." (Regio B, focusgroep 4, deelnemer 19)*

Beleid

Tot slot worden ook beleidsmatige factoren aangehaald. Bij de hervorming van het palliatief zorglandschap komen veel onzekerheden kijken, onder andere doordat de rolinhoud van de verschillende spelers nu aan het verschuiven is (cfr. supra inleiding). Daarom zal het belangrijk zijn om deze rollen in de toekomst te verduidelijken om verwachtingen beter te kunnen afstemmen, verantwoordelijkheden beter te kunnen opnemen en samenwerking gestroomlijnder te laten verlopen.

> *"Wij hebben natuurlijk een andere rol gekregen eh vanuit de overheid als netwerk. Alle netwerken in Vlaanderen trouwens, dat we meer een coachende rol, ik hou niet van dat woord maar het is zo. Een coachende rol gaan moeten opnemen maar ik hoop wel dat daar uitkomt dat we zo wel wat huisartsen kunnen meenemen in dat coaching verhaal." (Regio A, focusgroep 2, deelnemer 10)*

Ook moet er op zoek gegaan worden naar een manier om een onderscheid te kunnen maken tussen laag complexe palliatieve zorg en hoog complexe palliatieve zorg, zodat het duidelijk is wanneer extra ondersteuning door MBE's nodig is en zodat ook financiële tegemoetkoming hier beter op afgestemd kan worden.

> *"Ja eigenlijk is dat een evolutie die door de overheid, dat heb je altijd dat die je een beetje in een bepaalde richting duwt. Waar zij uitgaan van een meer en meer geïntegreerd zorgmodel waar iedereen de juiste palliatieve zorg kan krijgen. En waarbij dat eigenlijk gevraagd of gedacht wordt, van je hebt u eerstelijnszorg verplegers en je hebt de meer gespecialiseerde palliatieve zorg. Dus je hebt de huisartsen, de thuisverpleegkundigen, woonzorgcentra en mensen van (palliatieve equipe). En dat er eigenlijk een soort artificieel onderscheid gemaakt wordt, zal worden, meer en meer zal worden tussen de laag complexe zorg en de hoog complexe zorg. Dan bedoel ik, dat is niet zo simpel. Dat is niet altijd heel duidelijk. Maar natuurlijk laag complexe zorg kan hoog complexe zorg worden. Maar dat heeft te maken met ervaring, wie heeft dat al gedaan, heb je een expertise, in intensiteit of in pijn-symptoomcontrole. Dat onderscheid is niet altijd makkelijk te maken." (Regio C, focusgroep 6, deelnemer 29)*

Daarnaast vragen verschillende participanten om werk te maken van een aantal praktische zaken, zoals het efficiënter besteden van tijd of het vrijwaren van meer tijd en het verminderen van administratieve plichten.

5. Discussie

5.1. Bevindingen

Dit onderzoek beantwoordt de vraag welke factoren de samenwerking binnen de palliatieve zorg bevorderen of belemmeren, en hoe deze in de toekomst kan worden verbeterd. Bevorderende factoren zijn onder meer een sterke teamcohesie, heldere communicatie, ondersteunende persoonlijke factoren, een goed afgestemd medisch luik en een gewaarborgde continuïteit van zorg. Daartegenover staan belemmeringen zoals zwakke teamcohesie, gebrekkige communicatie, hinderende persoonlijke factoren, knelpunten binnen het medisch luik, onderbroken continuïteit van zorg en beperkende beleids- en overheidsfactoren. Om de samenwerking te versterken, is het belangrijk in te zetten op een vlot zorgverloop, het versterken van de teamcohesie, het aanpakken van persoonlijke factoren, het waarborgen van voldoende kennis en expertise en het doorvoeren van gerichte beleidsaanpassingen.

5.2. Terugkoppeling literatuurstudie

De bevindingen uit deze studie liggen grotendeels in lijn met de bestaande literatuur, waarin factoren zoals communicatie, bereikbaarheid, rolverdeling en opleiding centraal staan binnen de multidisciplinaire samenwerking in de palliatieve zorg (12,13,15-18,20-22). Opvallend is echter dat de resultaten van deze masterproef toch ook enkele aanvullingen geven.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de bestaande literatuur vaak een eerder algemeen en thematisch overzicht biedt (12,14,15), terwijl in deze studie dieper werd ingegaan op concrete ervaringen van zorgverleners. Hierdoor kwamen meer verfijnde en specifieke aspecten naar voren, zoals onderlinge strubbelingen, regio-gebonden gewoontes, vaste samenwerkingsverbanden….

Zoals eerder vermeld (cfr. supra literatuurstudie) richt een groot deel van de literatuur zich bovendien voornamelijk op de samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen (12-20, 22, 23), terwijl in deze studie expliciet ook zorgverleners uit multidisciplinaire begeleidingsequipes werden betrokken. Dit zorgde voor een bredere kijk op samenwerking en bracht bijkomende perspectieven aan het licht die in eerdere studies minder aan bod kwamen.

Ook de context speelt een belangrijke rol. Veel van de geraadpleegde studies zijn uitgevoerd in het buitenland (12, 14-17, 19, 20, 22), waar de organisatie van de palliatieve zorg verschilt van de Vlaamse situatie. Bovendien bevindt de palliatieve zorg in Vlaanderen zich momenteel in een hervormingsfase (4, 11), wat mogelijk leidt tot extra complexiteit en onzekerheid in de samenwerking, en bijgevolg tot rijkere en meer gelaagde bevindingen.

Tot slot kan ook de kwalitatieve methodologie een verklaring bieden voor de uitgebreidere resultaten. De selectie en interpretatie van thema's zijn in zekere mate afhankelijk van de onderzoekers en de bevraagde doelgroep, wat kan leiden tot nuanceverschillen ten opzichte van de literatuur. Daarnaast hebben de samenstelling van de focusgroepen, de interactie tussen de deelnemers en de manier van interviewen vermoedelijk bijgedragen aan een andere blik op de thema's. Hierdoor konden niet alleen gekende factoren bevestigd worden, maar ook bijkomende nuances en actuele, plaatsgebonden knelpunten worden blootgelegd.

5.3. Sterktes en zwaktes van deze masterproef

Deze studie wordt gekenmerkt door verschillende sterktes. Dankzij de diverse samenstelling van groepen en de inclusie van participanten uit drie verschillende regio's, kon een grote variatie in perspectieven verkend worden. Daarnaast maakte het gebruik van interviews in focusgroepen het mogelijk om interactie en samenwerking tussen zorgverleners te observeren. Aanvullende individuele interviews lieten toe om dieper in te gaan op persoonlijke ervaringen en om dataverzameling mogelijk te maken wanneer groepsparticipatie niet haalbaar was. De deelnemers waren bovendien erg geëngageerd en beschikten over aanzienlijke inhoudelijke expertise, wat resulteerde in rijke en diepgaande data. Dankzij de iteratieve aard van het onderzoeksproces, waarbij interviews en analyses herhaaldelijk werden herbekeken en verfijnd, werd de kwaliteit van data-analyse

verbeterd. Verder werd de betrouwbaarheid verhoogd door onafhankelijke codering, gevolgd door systematische vergelijking van de analyses.

Tegenover deze sterktes staan enkele beperkingen. Het gebruik van focusgroepen kan geleid hebben tot beperktere diepgang, sociale wenselijkheid en aanpassing van antwoorden aan andere deelnemers. Zo viel het op dat huisartsen zich tijdens de interviews vaak erg diplomatisch opstelden en dat de meeste kritiek ook richting huisartsen werd gegeven, maar zelden in de andere richting. Mogelijk kan deze verdeling verklaard worden door een ondervertegenwoordiging van het beroep tijdens de interviews (vaak slechts 1 of 2 artsen in een groep van 5 tot 6 deelnemers). Bovendien hadden de onderzoekers slechts beperkte ervaring met kwalitatief onderzoek, wat mogelijk invloed heeft gehad op de analyse en interpretatie van de gegevens. Dit maakt dat er wellicht nog verdere aanpassingen of verfijningen op termijn mogelijk zijn. Daarnaast werd geen datasaturatie bereikt, onder meer als gevolg van tijdsgebrek en beperkte middelen binnen de context van de masterproef. Hoewel er bijkomende contacten werden gelegd, bleef respons soms uit. Met meer tijd en middelen had hier mogelijk actiever op kunnen worden ingespeeld. Tevens had uitbreiding naar meerdere regio's de variatie in perspectieven kunnen vergroten. Tot slot had de inclusie van minder geëngageerde zorgverleners mogelijk bijkomende inzichten opgeleverd met betrekking tot samenwerking in de palliatieve zorg en concrete verbeterpunten, maar dit werd in de huidige studie niet gerealiseerd. Hoewel het niet eenvoudig is om deze groep mensen warm te maken voor een vrijwillige deelname aan het onderzoek, vormt dit een interessante piste voor toekomstig onderzoek.

5.4. Relevantie en opportuniteiten voor de toekomst

5.4.1. Suggesties met betrekking tot vervolgonderzoek

De studie situeert zich binnen een periode van hervormingen in de palliatieve zorg, waardoor zij op een relevant moment werd uitgevoerd om knelpunten te identificeren en richting te geven aan toekomstig onderzoek naar verbeterde samenwerking. De bevindingen kunnen daarbij dienen als aanzet tot grootschalig, kwantitatief onderzoek, bijvoorbeeld door middel van enquêtes, ter ondersteuning van de beleidsvorming. Daarnaast bieden ze inspiratie voor opleidingen binnen de palliatieve zorg en wijzen ze de weg naar bijkomende onderzoeksthema's, zoals de rol van de familie bij samenwerking binnen palliatieve zorg. Dit laatste werd verschillende malen aangehaald door deelnemers als indirecte bevorderende of belemmerende factor, maar aangezien dit onderzoek zich beperkt tot samenwerking tussen hulpverleners, werd dit niet in de analyse opgenomen. Tot slot stimuleerde het onderzoeksproces zelf kennisuitwisseling tussen verschillende zorgverleners, reflectie over het eigen functioneren van zowel participanten als onderzoekers, en leidde dit in sommige gevallen zelfs tot de intentie om actief veranderingen door te voeren in de praktijk.

Tegelijkertijd zijn er toch verschillende aandachtspunten bij dit onderzoek. De complexiteit van de Belgische gezondheidszorg bemoeilijkt structurele veranderingen, terwijl toenemende druk door personeelstekorten en financiële beperkingen de implementatie van verbeteringen kunnen hinderen. Bovendien was er over de verschillende disciplines heen een algemene tendens dat de huidige wetgeving met de reeds in werking getreden hervormingen (organisatorisch, rolverdeling, financiering…) nog onvolledig gekend was. Dit toont dat er nog veel werk aan de winkel is om alle hulpverleners in het palliatieve zorglandschap mee te krijgen. Daarnaast laten de kwalitatieve aard en beperkte generaliseerbaarheid van de studie niet toe om brede conclusies te trekken. Tot slot blijft een deel van de minder geëngageerde zorgverleners vermoedelijk moeilijk te bereiken, wat de impact van de voorgestelde maatregelen kan beperken.

5.4.2. Suggesties met betrekking tot palliatieve zorg in de toekomst

Tijdens de bespreking van de verkregen belemmerende factoren, bevorderende factoren en het toekomstperspectief werden reeds verschillende zaken aangehaald die als suggestie kunnen dienen om een betere samenwerking binnen de palliatieve zorg te garanderen. In wat volgt worden deze suggesties aangevuld met eigen reflecties en verder uitgewerkt tot concrete aanbevelingen. Deze aanbevelingen beogen een realistische en haalbare implementatie in de praktijk.

5.4.2.1. Vlot verloop

Op vlak van communicatie werd aangegeven dat een eengemaakt dossier zou kunnen helpen. Er bestaat reeds een gratis online communicatieplatform (IRIS Platform (30)) waarbij elke zorgverlener van de palliatieve patiënt toegang krijgt tot een eengemaakt dossier. Dit platform werd niet aangehaald tijdens de interviews. Hierin is het mogelijk een mooi overzicht te krijgen van alle belangrijke medische en psychosociale informatie, waaronder ook een wilsverklaring of vroegtijdige zorgplanning. Het enige minpunt hieraan is dat elke zorgverlener, zoals blijkt uit de interviews, reeds een overmaat aan administratie heeft. Hoewel de informatie hier mooi gebundeld kan zijn, is er op heden nog geen link mogelijk met de eigen medische programma's van de zorgverleners afzonderlijk waardoor informatie dubbel genoteerd moet worden. Indien deze link in de toekomst mogelijk zou zijn, verdwijnt hierbij de "extra" administratieve last.

Naast een eengemaakt dossier kan het bevorderlijk zijn om op grote schaal afspraken te maken over de zorgverlening binnen de woonzorgcentra. Zo kan een vaste termijn van zes weken ingevoerd worden waarna een zorgoverleg dient te gebeuren bij nieuwe opnames. Hierbij kunnen uniforme documenten gebruikt worden. Voorbeelden hiervan zijn een vroegtijdige zorgplanning, een medische fiche en staande orders die individueel nog aangepast kunnen worden. Een dergelijke uniformering kan een extra oplossing zijn om uitstel van beslissingen rond zorgdoelen te vermijden. Goede voorbeelden zijn reeds beschikbaar in bepaalde woonzorgcentra.

Verder werd in het algemeen aangegeven dat het voor de deelnemende artsen geen grote belasting is wanneer het GSM-nummer gedeeld wordt met het zorgteam, dit ondanks het feit dat verpleegkundigen aangeven hier vaak moeite in te ondervinden, waarbij de arts niet bereikbaar wil of kan zijn. Hierbij werd wel een duidelijke kanttekening gemaakt dat dit moet gebeuren in onderling vertrouwen en er geen misbruik van gemaakt mag worden.

5.4.2.2. Teamcohesie

Tevens werd het belang benadrukt van het regelmatig organiseren van (multidisciplinair) overleg, waarbij complexe of moeilijke casussen gezamenlijk besproken kunnen worden. Dergelijke overlegmomenten bieden de mogelijkheid om alle betrokken zorgverleners opnieuw op één lijn te krijgen en om te leren uit eerdere ervaringen binnen palliatieve trajecten. Hoewel het organiseren van deze overlegmomenten als tijdsintensief wordt ervaren en het niet evident is om alle betrokken partijen gelijktijdig samen te brengen, kan dit een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de teamcohesie. Een suggestie is daarom om dit bijvoorbeeld op maandelijkse basis te integreren.

Daarnaast kunnen initiatieven rond teambuilding en netwerking de samenwerking bevorderen, doordat zorgverleners elkaar beter leren kennen en wederzijds vertrouwen opbouwen. Dit heeft waarschijnlijk ook een positieve invloed op de samenwerking binnen andere domeinen. Een jaarlijkse teambuilding zou misschien al een waardevolle bijdrage kunnen leveren. Verder is het essentieel om in te zetten op wederzijds respect voor elkaars expertise. Hierbij is het belangrijk dat zorgverleners inzicht hebben in de rol en de meerwaarde van andere disciplines binnen het palliatieve team. Hier kan enerzijds reeds tijdens de opleiding op worden ingezet (bv. tijdens de IPSIG-week), anderzijds kan dit verder worden verdiept door praktijkervaring en samenwerking binnen een vast team.

5.4.2.3. Persoonlijke factoren

Verder was engagement, motivatie, assertiviteit en de bewustwording van de eigen persoonlijke visie een onderwerp dat regelmatig aan bod kwam. Het is echter moeilijk om op dergelijke persoonlijke factoren in te zetten, aangezien intrinsieke motivatie uit de persoon zelf komt en niet te forceren valt. De motivatie kan echter extrinsiek mogelijk wel beïnvloed worden. Zo kan een degelijke basisopleiding en een breed aanbod aan bijscholingen bijdragen tot meer kennis en zelfvertrouwen in dit domein, wat drempelverlagend kan werken. Het is hierbij bovendien essentieel om het belang van een goede palliatieve zorg te benadrukken, net zoals het belang

van bijvoorbeeld een goede diabetescontrole reeds alom bekend is. Verder kan benadrukt worden dat gebrekkige samenwerking in de praktijk vaak leidt tot meer tijdsverlies, energieverbruik en frustratie dan wanneer de samenwerking vlot verloopt. Tot slot kan een aanpassing in vergoeding mogelijk ook dienen als bijkomende externe motivator (cfr. infra).

5.4.2.4. Goede kennis

Met betrekking tot het bevorderen van kennis werden tijdens de interviews reeds zeer waardevolle, concrete en haalbare suggesties geformuleerd (crf. supra). De kennis kan zowel binnen de disciplines als op maatschappelijk niveau verhoogd worden. Voorbeelden hiervan zijn bijscholingen binnen LOK-groepen of initiatieven georganiseerd door MBE's, evenals casusbesprekingen, zowel intern als overkoepelend tussen verschillende woonzorgcentra. Daarnaast is er ook aandacht nodig voor het vergroten van de maatschappelijke kennis. Hierop kan ingezet worden door middel van media, basisonderwijs (biologielessen) en informatieve materialen zoals flyers. Het blijft echter een uitdaging om alle doelgroepen effectief te bereiken.

5.4.2.5. Aanwezigheid van expertise

De resultaten tonen aan dat de aanwezigheid van expertise de organisatie en kwaliteit van palliatieve zorg aanzienlijk kan versterken. Binnen groepspraktijken wordt deze expertise vaak reeds geconcentreerd bij bepaalde artsen. Ook in woonzorgcentra bestaan vergelijkbare structuren, zoals werkgroepen palliatieve zorg, die fungeren als aanspreekpunt en ondersteuning bij complexe situaties. Hoewel dit waardevol kan zijn, dient te worden benadrukt dat alle zorgverleners, inclusief niet-referenten, over een solide basiskennis zouden moeten beschikken. Dit is essentieel om te voorkomen dat palliatieve zorg evolueert naar een nichezorg.

5.4.2.6. Beleid

De bevindingen van deze masterproef, gebaseerd op de ervaringen en noden van eerstelijnszorgverleners, onderstrepen het belang van het meenemen van de inzichten van deze zorgverleners bij het ontwikkelen en implementeren van beleid. Hierin ligt nog een aanzienlijke uitdaging. Voor veel zorgverleners roepen de hervormingen immers nog heel wat vragen op. Het is daarom essentieel om op een duidelijke en concrete manier te communiceren naar de eerstelijnszorgverleners.

Verder is bijkomend onderzoek aangewezen, bijvoorbeeld via een experten panel, maar ook in nauwe afstemming met de eerste lijn. Op die manier kan beter ingespeeld worden op de noden en verwachtingen van eerstelijnszorgverleners, wat de slaagkansen van de hervormingen ten goede komt. In dit kader kunnen MBE's een belangrijke rol spelen in het aanreiken van advies en ondersteuning.

Daarnaast dient ingezet te worden op een meer haalbare organisatie van de zorg, met minder administratieve lasten, meer beschikbare tijd door delegatie naar en ondersteuning van externe zorgverleners zoals sociale werkers, en een bredere maatschappelijke sensibilisering om meer zorgverleners aan te trekken. Tot slot is ook een afstemming van het financiële beleid op de huidige noden binnen de palliatieve zorg noodzakelijk, onder meer via aanpassingen in de nomenclatuur.

De huidige hervormingen lijken hiermee op goede weg, met duidelijke overeenkomsten met de in deze masterproef aangehaalde inzichten.

6. Besluit

In deze studie werd getracht een antwoord te vinden op de volgende vraag: “Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor de samenwerking binnen palliatieve zorg in eerste lijn en hoe kunnen we deze samenwerking naar de toekomst toe nog verbeteren?” Hoewel geen datasaturatie werd bereikt, kwamen er wel verschillende waardevolle thema’s naar voor. Onder zowel bevorderende als belemmerende factoren werden thema’s geïdentificeerd als goede of slechte teamcohesie, goede of slechte communicatie, bepaalde persoonlijke factoren, de kwaliteit van de medische kennis, vaardigheden en ervaring, en een goede of slechte continuïteit van de zorg. Ook beleidsfactoren en sturing van overheidswege kunnen een goede samenwerking in de weg staan. Om dit in de toekomst te verbeteren, is het belangrijk in te zetten op een vlot zorgverloop, het versterken van de teamcohesie, het inspelen op persoonlijke factoren, het waarborgen van voldoende kennis en expertise en het doorvoeren van gerichte beleidsaanpassingen. Hoewel deze resultaten gezien hun kwalitatieve aard niet veralgemeend mogen worden, kunnen ze wel dienen als inspiratiebron voor eventuele opleidingen en grootschaliger onderzoek, ter ondersteuning van de beleidsvorming.

7. Bronnen

1. Regering V. Levensverwachting 2024 [updated 24 september 2024. Available from: https://www.vlaanderen.be/vlaamse-regering/vlaamse-veerkracht/dashboard-vlaamse-veerkracht/gezonde-groei/levensverwachting.
2. KCE. De juiste palliatieve zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment 2025 [updated 16/01/2025. vailable from: https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/de-juiste-palliatieve-zorg-op-de-juiste-plaats-op-het-juiste-moment.
3. Vlaanderen PZ. Palliatieve zorg in cijfers 2021 [updated 27/07/2023. Available from: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/.
4. Kool E, van den Brandt J, D'hanis G, Wens J, Pype P. Hervorming van de palliatieve zorg. Rol van de huisarts in de nieuwe visienota van de Vlaamse overheid. huisartsnu. 2024(2).
5. Vlaanderen PZ. Huisarts 2021 [updated 23/06/2021. Available from: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/met-wie-kan-ik-samenwerken/basisaanbod/huisarts/.
6. Albers G, Froggatt K, Van den Block L, Gambassi G, Vanden Berghe P, Pautex S, et al. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. BMC Palliat Care. 2016;15:47.
7. Mertens F, Debrulle Z, Lindskog E, Deliens L, Deveugele M, Pype P. Healthcare professionals' experiences of inter-professional collaboration during patient's transfers between care settings in palliative care: A focus group study. Palliat Med. 2021;35(2):355-66.
8. Engel M, van der Ark A, Tamerus R, van der Heide A. Quality of collaboration and information handovers in palliative care: a survey study on the perspectives of nurses in the Southwest Region of the Netherlands. Eur J Public Health. 2020;30(4):720-7.
9. Johansen M, Ervik B. Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):314.
10. Bennardi M, Diviani N, Saletti P, Gamondi C, Stüssi G, Cinesi I, et al. A qualitative analysis of educational, professional and socio-cultural issues affecting interprofessional collaboration in oncology palliative care. Patient Educ Couns. 2022;105(9):2976-83.
11. Zorg D. Hervorming van de palliatieve zorg in Vlaanderen 2025 [Available from: https://www.departementzorg.be/nl/hervorming-van-de-palliatieve-zorg-vlaanderen.
12. Goldschmidt D, Groenvold M, Johnsen AT, Strömgren AS, Krasnik A, Schmidt L. Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. Palliat Med. 2005;19(3):241-50.
13. Anquinet L, Rietjens JA, Mathers N, Seymour J, van der Heide A, Deliens L. Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: in-depth qualitative interviews in three European countries. J Pain Symptom Manage. 2015;49(1):98-109.
14. Brinkkemper T, Klinkenberg M, Deliens L, Eliel M, Rietjens JA, Zuurmond WW, et al. Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. J Adv Nurs. 2011;67(8):1719-28.
15. Carey ML, Zucca AC, Freund MA, Bryant J, Herrmann A, Roberts BJ. Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners. Palliat Med. 2019;33(9):1131-45.
16. Dudley N, Ritchie CS, Rehm RS, Chapman SA, Wallhagen MI. Facilitators and Barriers to Interdisciplinary Communication between Providers in Primary Care and Palliative Care. J Palliat Med. 2019;22(3):243-9.
17. Johannesen EJD, Timm H, Róin Á. District nurses experiences in providing terminal care in rural and more urban districts. A qualitative study from the Faroe Islands. Scand J Prim Health Care. 2024;42(3):367-77.
18. Mertens F, De Gendt A, Deveugele M, Van Hecke A, Pype P. Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. J Clin Nurs. 2019;28(19-20):3680-90.
19. Neilson SJ, Kai J, Macarthur C, Greenfield SM. Caring for children dying from cancer at home: a qualitative study of the experience of primary care practitioners. Fam Pract. 2011;28(5):545-53.
20. Newton J, Waters V. Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. Int J Palliat Nurs. 2001;7(11):531-40.

21. Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stess A, Cherry G, et al. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. J Interprof Care. 2013;27(4):313-9.
22. Street A, Blackford J. Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. J Clin Nurs. 2001;10(5):643-50.
23. Hammer NM, Hansson H, Pedersen LH, Abitz M, Sjøgren P, Schmiegelow K, et al. Intersectoral collaboration in home-based end-of-life pediatric cancer care: A qualitative multiple-case study integrating families' and professionals' experiences. Palliat Med. 2023;37(1):149-62.
24. Scholten RJPM, Assendelft WJJ, Offringa M, Rovers MM, Hooft L, Leeflang MMG, et al. Kritisch beoordelen van een artikel: secundair onderzoek. Inleiding in evidence-based medicine2018. p. 121-56.
25. National Heart L, and Blood Institute. Study quality assessment tools: U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [updated July 2021. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools.
26. Clarke V, Braun V. Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners2013.
27. Kiger M, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Med Teach. 2020;42(8):846-54.
28. Klingberg S, Stalmeijer R, Varpio L. Using framework analysis methods for qualitative research: AMEE Guide No. 164. Medical Teacher. 2024;46(5):603-10.
29. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. International Journal of Transgender Health. 2023;24(1):1-6.
30. Van Steenbergen S, Dispa B. Iris Platform 2018 [updated 2021. Available from: https://www.irisplatform.be/.

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1 – Kwaliteitsanalyse literatuurstudie

Deze bijlage omvat de kwaliteitsbeoordeling van de 11 artikels uit het literatuuronderzoek. Voor de beoordeling van de kwaliteit van de kwalitatieve onderzoeken (13, 16-23), werd gebruikgemaakt van de Cochrane checklist voor kwalitatief onderzoek (24). Voor die van de systematische review op basis van observationele studies (15), werd de Cochrane checklist voor de beoordeling van systematische reviews (24) gebruikt. Ter beoordeling van de cross-sectionele descriptieve studie (14) en de prospectieve, observationele studie (12) werden de NIH Quality Assessment Tools gebruikt (25). Ook werd in deze bijlage een data-extractietabel opgenomen, met weergave van enkele algemene zaken met betrekking tot de artikels, zoals bijvoorbeeld de titel van het artikel, het jaartal van publicatie, het tijdschrift, het land waarin het onderzoek gebeurde, het aantal keer dat het artikel geciteerd werd, het aantal referenties dat gebruikt werd en het aantal publicaties van de eerste auteur. Eveneens werden de kernelementen van de resultaten weergegeven zoals het type en het aantal zorgverleners dat deelnam aan het onderzoek, de datacollectiemethode, de setting en de belangrijkste resultaten die werden meegenomen in het literatuuronderzoek

Deze bijlage is opvraagbaar bij de onderzoekers of promotor op verzoek via e-mail.

Elisabeth Vanwijnsberghe: elisabeth.vanwijnsberghe@student.uantwerpen.be
Lieselotte De Ceunynck: lieselotte.deceunynck@student.uantwerpen.be
Prof. Dr. Johan Wens (promotor): Johan.wens@uantwerpen.be

8.2. Bijlage 2 – Interviewscript

Titel van het onderzoek: Hoe ervaren zorgprofessionals de samenwerking binnen de multidisciplinaire palliatieve zorg?

Doel van het interview: Het doel van dit interview is om inzicht te krijgen in de ervaringen en percepties van verpleegkundigen, zorgverleners vanuit een multidisciplinaire begeleidingsequipe en huisartsen met betrekking tot hun samenwerking bij het verlenen van palliatieve zorg.

Inleiding:

- Bedankt dat jullie de tijd nemen om deel te nemen aan dit interview.
- Onze namen zijn Lieselotte en Elisabeth, wij zijn huisartsen in opleiding aan de Universiteit van Antwerpen. Iemand van ons zal vandaag het gesprek leiden, terwijl de andere persoon eerder een observerende rol op zich neemt.
- Wij zijn hier bijeen met verschillende gezondheidsprofessionals uit verschillende disciplines met als doel jullie ervaringen rond de samenwerking binnen de palliatieve zorg te onderzoeken om zo de pijnpunten en de sterke punten in kaart te kunnen brengen met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg.
- Specifiek willen wij naar de samenwerking kijken tussen huisartsen, thuis-of woonzorgcentrum verpleegkundigen en zorgverleners vanuit een multidisciplinaire begeleidingsequipe binnen de palliatieve zorg waarbij we de zorg binnen een ziekenhuissetting buiten beschouwing laten.
- Alles wat er gezegd wordt zal vertrouwelijk worden behandeld en gepseudonimiseerd worden gerapporteerd.
- Jullie kunnen op elk moment besluiten om te stoppen met het interview of vragen weigeren te beantwoorden.
- Voor we beginnen zijn er nog een aantal praktische afspraken:
    - Het interview zal ongeveer 60-90 minuten duren.
    - Het gesprek zal worden opgenomen. Om de kwaliteit van de opname te verbeteren, willen we jullie vragen om niet door elkaar te spreken.
    - Gelieve ook jullie GSM uitgeschakeld te laten tijdens het verloop van dit interview
    - Er zijn geen goede of foute antwoorden, iedereen mag zijn/haar mening delen.

Indien er hier geen vragen meer over zijn, zullen we nu overgaan tot het effectieve interview.

Algemene vragen:

1) Kan iedereen zichzelf om de beurt kort introduceren?
    a) Wat is jullie beroep?
    b) Hoeveel jaar hebben jullie al ervaring met de palliatieve zorg?
2) Welke factoren hebben volgens jullie invloed op de kwaliteit van palliatieve zorg?

Algemene vragen specifiek over samenwerking:

3) Wat zijn volgens jullie de belangrijkste voordelen van een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen in de palliatieve zorg?
4) Welke factoren hebben volgens jullie invloed op de kwaliteit van de samenwerking?
5) Kunnen jullie een specifiek voorbeeld geven van een situatie waarin de samenwerking bijzonder goed verliep?
    a) Wat maakte deze samenwerking succesvol?
6) Zijn er specifieke uitdagingen of obstakels die jullie tegenkomen tijdens de samenwerking met huisartsen/verpleegkundigen?
    a) Zo ja, welke?
    b) Hoe gaan jullie hiermee om?
7) Hebben jullie suggesties om de samenwerking te verbeteren?

Communicatie:

8) Hoe verloopt de communicatie tussen verpleegkundigen, huisartsen en zorgverleners vanuit een multidisciplinaire begeleidingsequipe in jullie ervaring?

   a) Welke middelen of methoden worden gebruikt om te communiceren over de zorg van palliatieve patiënten (bijvoorbeeld vergaderingen, elektronische dossiers, telefoongesprekken)?
   b) Hebben jullie een voorkeur voor één van de methoden of middelen?
9) Hoe vaak en op welke momenten vindt er doorgaans overleg plaats?
10) Zijn er soms misverstanden of onduidelijkheden over de communicatie?
   a) Zo ja, kunnen jullie een voorbeeld geven?
   b) Hoe werd dit opgelost?
11) Wat zou volgens jullie kunnen bijdragen aan een betere communicatie?

Rol en verantwoordelijkheden:
12) Hoe ziet de taakverdeling eruit tussen verpleegkundigen, huisartsen en zorgverleners vanuit een multidisciplinaire begeleidingsequipe in de palliatieve zorg?
13) Zijn er soms misverstanden of onduidelijkheden over de rol- en taakverdeling?
   a) Zo ja, kunnen jullie een voorbeeld geven?
   b) Hoe werd dit opgelost?
14) Wat zou volgens jullie kunnen bijdragen aan een betere rolverdeling en duidelijkheid over verantwoordelijkheden?

Ondersteuning en opleiding:
15) Welke vormen van ondersteuning en opleiding zijn er beschikbaar om de samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen te verbeteren?
   a) Zijn er specifieke trainingen of opleidingen die u zou aanbevelen om de samenwerking te verbeteren?

Slotvragen:
16) Is er nog iets dat jullie graag zouden willen toevoegen over de samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen in de palliatieve zorg dat we nog niet besproken hebben?

Afsluiting:
- Bedankt voor jullie tijd en waardevolle inzichten.
- Heeft iemand nog vragen over het onderzoek of het interview?