De interprofessionele samenwerking tussen de huisarts en de palliatieve equipe. Een interviewstudie: attitude en verwachtingen van huisartsen.

HAIO: Dr. Alexis Ameye, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, U Gent

Co-promotor: Dr. Peter Pype, U Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Context

De huisarts is een sleutelfiguur in de palliatieve zorg en begeleiding van de laatste levensfase. Om aan deze zorg te voldoen moet de huisarts over voldoende kennis en kunde beschikken. Het is niet eenvoudig voor de huisarts om deze laatste levensfase optimaal te begeleiden. Via het inschakelen van een palliatief zorgteam kan de huisarts de taken verdelen maar kan hij ook interactief bijleren. Het is niet duidelijk hoe de huisarts deze samenwerking ervaart.

Onderzoeksvraag

Hoe staat de Vlaamse huisarts tegenover het palliatief zorgteam wat betreft de samenwerking? Hebben mogelijke verschillen in identiteit en karakter van de huisarts een invloed hierop en zo ja, kunnen de palliatief verpleegkundigen hierop inspelen?

Methode

Ons exploratief onderzoek wordt uitgevoerd door 3 onderzoekers: Alexis Ameye, Stefanie De Backer en Lisa Rimaux. Het kadert binnen een groter praktijkproject o.l.v. prof. Deveugele en dr. Pype bij verschillende palliatieve netwerken in Vlaanderen waarbij men via interactie met de palliatief verpleegkundige de kennis van de huisartsen probeert te vergroten. Via een kwalitatieve analyse van in totaal 21semi gestructureerde interviews uit 6 palliatieve netwerken proberen we de opgedane ervaringen van de huisartsen samen te vatten. Bij de selectie van de huisartsen werd zoveel mogelijk getracht een variatie te bekomen watbetreft leeftijd, geslacht, praktijkvorm en geografische ligging. Ik spits mij toe op de analyse van de attitude van de huisarts en de mogelijke invloed van onderlinge verschillen in identiteit en karakter op de manier van samenwerken.

Resultaten en Conclusie

Bijna alle geïnterviewde huisartsen weten de samenwerking met het palliatief team te waarderen op het gebied van praktische ondersteuning (pijn- en symptoomcontrole met dosering van medicatie en alternatieve toedieningswegen, permanente beschikbaarheid). Ook op het gebied van de complexe emotionele comfortzorg vertrouwt de jongere huisarts op de palliatief verpleegkundige. De oudere huisarts (>55 j) beroept zich hier echter liever op zijn eigen ervaring. Andere mogelijke verschillen in identiteit van de huisarts op de manier van samenwerken kwamen niet naar voor.

Ook al kan de palliatief verpleegkundige naast de praktische ondersteuning een echte meerwaarde betekenen in de specifieke comfortzorg van de palliatieve patiënt, toch bepalen oudere huisartsen nog liever zelf het beleid. Gezien de relatief beperkte onderzoeksgroep is het moeilijk om dit te veralgemenen maar de palliatief verpleegkundige kan hier toch mee rekening houden om tot een optimale begeleiding van de palliatieve patiënt te komen.

Inhoudstafel:

Titelblad 1

Abstract 2

Inhoudstafel 3

1. Inleiding en onderzoeksvraag 5

2. Literatuurstudie 5

2.1 huidige functie en opleiding van de huisarts in de palliatieve thuiszorg 6

2.2 een nieuw concept: interprofessionele samenwerking en interprofessioneel leren 8

3. Onderzoeksmethodiek 11

3.1 Onderzoeksopzet 11

3.2 Deelnemers 12

3.2.1 Selectie van de deelnemers 12

3.2.2 Kenmerken deelnemers 13

3.3 Data verzameling 13

3.3.1 Een leidraad voor de vragen 13

3.3.2 Afnemen interview 13

3.4 Data analyse 14

3.4.1 Transcriptie van de interviews 14

3.4.2 Thematische analyse 14

3.5 Kwaliteitscriteria 15

3.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid 15

3.5.2 Ethische kwesties 15

4. Resultaten 16

4.1Verwachtingen van de huisartsen m.b.t. de samenwerking met het palliatief team . 16

4.2 Verwachtingen van de huisartsen m.b.t. het bijleren van de palliatief verpleegkundige 17

5. Discussie 18

5.1 Verschil in leeftijd 18

5.2 Andere mogelijke verschillen 18

5.3 Implicaties voor de palliatief verpleegkundige 18

6. Besluit 19

7. Referentielijst 20

Bijlagen 23

1. Inleiding en onderzoeksvraag:

Palliatieve zorg is een discipline die me al altijd erg heeft geboeid. Van bij het begin van de klinische opleiding geneeskunde wilde ik meer weten over de begeleiding van de laatste levensfase. Ik stelde echter vast dat dit nauwelijks aan bod kwam in onze cursussen. Gezien het belang van deze aparte specialiteit vond ik dit toch wel bizar. Tijdens mijn opleiding als beginnend HAIO kwam ik meer en meer in contact met de palliatieve patiënt. Ik zag dat er hier een heel andere praktische en theoretische benadering bij te pas kwam dan bij de klassieke curatieve geneeskunde. Ik stelde me dan ook de vraag hoe huisartsen zich in deze discipline weten te onderleggen. Via zelfstudie en klassieke nascholingsprogramma's weet de gemiddelde Vlaamse huisarts zijn kennis bij te schaven. Maar dit leek me toch niet voldoende. Zo kwam ik in contact met een praktijkproject o.l.v. prof Deveugele en Dr Pype waarbij men de huisarts probeert extra bij te leren op het gebied van palliatieve zorg via interactie met de palliatief verpleegkundige. Interprofessionele samenwerking leidt hierbij tot interprofessioneel leren. Er is echter nog maar weinig geweten over hoe de huisarts deze samenwerking ervaart.

In deze thesis ga ik in de literatuurstudie na hoe huisartsen zich verhouden tot het palliatief zorgteam en tot de bijscholing rond palliatieve zorg. Ik ga ook op zoek naar de effecten van interprofessioneel leren en hoe huisartsen hier tegenover staan.

Vervolgens toetsen we deze resultaten via analyse van semi-gestructureerde interviews aan de bevindingen en ervaringen van een aantal Vlaamse huisartsen.

Uit deze resultaten wil ik afleiden wat de mogelijke invloed is van onderlinge verschillen in identiteit en karakter van de verschillende huisartsen op de samenwerking met het palliatief zorgteam. Zo willen we iets leren over de verwachtingen van huisartsen en hoe palliatief verpleegkundigen hier kunnen mee omgaan.

2. Literatuurstudie:

In de literatuurstudie wordt eerst de actuele situatie en functie van de huisarts in de palliatieve zorg onderzocht. Er wordt nagegaan welke plaats de huisarts heeft in de palliatieve zorg m.b.v. gegevens omtrent sterfte en plaats van overlijden van palliatieve patiënten. Daarnaast wordt de huidige opleiding van de huisarts op het gebied van palliatieve zorg onderzocht zowel in Europa als in Vlaanderen.

Als tweede punt wordt een literatuuronderzoek gedaan naar het concept rond interprofessioneel samenwerken en - leren. De voor- en nadelen van dit concept worden

onderzocht. Ook de mogelijke impact van deze methode op de gezondheidszorg wordt bestudeerd.

Methode :

- Er werd gezocht in pubmed met als MESH termen : 'Palliative Care', 'Family Physician' AND 'Education'; 'Death' AND 'Palliative Care'. Er werden een heel aantal artikels weerhouden, zowel rechtstreeks als onrechtstreeks via gerelateerde citaties.

Tevens werd gezocht met termen 'Education' AND 'Interprofessional Relations' en limits review en free full text available. Er voldeden 99 artikels aan deze vereisten, hiervan werden er rechtstreeks 3 en onrechtstreeks 1 weerhouden.

- Via tripdatabase en cinahl werd eveneens gezocht naar artikels rond 'interprofessional education'. Er werden 2 artikels weerhouden.

Artikels binnen de onderzoekcriteria die niet weerhouden werden handelden vooral over specialisten in het ziekenhuis of studenten of brachten geen nieuwe of vergelijkbare resultaten aan.

- Voor gegevens rond de plaats van overlijden werd de website van het Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid geraadpleegd.

- Aanvullend heb ik nog een expert consultation gedaan bij Dr Peter Pype waarbij 17 artikels werden weerhouden.

2.1 Huidige functie en opleiding van de huisarts in de palliatieve thuiszorg

Palliatieve zorg: thuis of in het ziekenhuis?

Palliatieve zorg is een relatief nieuwe specialiteit binnen de geneeskunde die een steeds groter aantal patiënten met chronische ziektes of levensbeperkende aandoeningen ondersteunt. (1-2) Deze palliatieve zorg gebeurt vaak thuis bij de patiënt maar toch sterft het merendeel van de patiënten nog in het ziekenhuis. Het merendeel van de patiënten in de terminale levensfase geeft nochtans te kennen het liefst thuis te sterven terwijl maar 25 procent van de patiënten effectief thuis sterft. (3- 4) Dit is vergelijkbaar met de resultaten van het Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid verzameld tussen 2006 en 2008 bij kankerpatiënten en andere patiënten die een terminale levensfase ondergaan. Ook uit Europese resultaten kunnen we afleiden dat het merendeel van de terminale kankerpatiënten nog steeds in het ziekenhuis overlijdt. (4-5) Dit opmerkelijk feit dat zoveel patiënten toch in het ziekenhuis overlijden ondanks de wil om thuis te sterven kan door een aantal zaken verklaard worden. Zo zijn er onvoorziene opnames

door een slechte coördinatie of continuïteit van zorg (6) of is er een onvoldoende sociale ondersteuning van

de patiënt. (4) Een erg belangrijke factor is natuurlijk ook de kennis en beschikbaarheid van de huisarts. Huisartsen die voldoende kennis en ervaring hebben en die beschikbaar zijn kunnen de palliatieve patiënt beter en frequenter tot het einde begeleiden. (7) Ondanks het grote aandeel van de palliatieve patiënten die in het ziekenhuis sterft, is er dus een grote nood aan kennis en kunde bij de huisartsen en andere zorgverleners uit de eerste lijn. Huisartsen geven zelf ook aan dat zij palliatieve zorg op zich willen nemen (8) en aanvaarden hun verantwoordelijkheid bij het begeleiden van deze laatste levensfase. (9)

Opleiding rond palliatieve zorg bij huisartsen:

Het onderwijs rond palliatieve zorgen is nog relatief nieuw in de meeste Europese landen en nog maar recent opgenomen in de curricula. (10) Op het vlak van pijn- en symptoom controle, communicatie, neuro psychiatrische problematiek en ondersteuning van de familie bij verlies schieten zorgverleners in Europa nog tekort. (10-11-12) Training rond palliatieve zorgen wordt hoofdzakelijk georganiseerd via klassieke bijscholingen. Deze traditionele bijscholingen blijken echter over het algemeen niet efficiënt te zijn, dit zowel op Europees niveau als in Vlaanderen. (10,13,14) Zo is er erg veel overlap tussen de verschillende bijscholingen maar toch zijn er ook hiaten. Er zijn tevens teveel verschillende organisaties die dergelijke bijscholingen organiseren en het betreft voor 80 percent lezingen. (14)

Om een goed onderricht te krijgen van huisartsen via traditionele bijscholingen is het belangrijk dat deze een betrouwbare kwaliteitscontrole ondergaan. De evaluatie en kwaliteitscontrole van klassieke bijscholingen rond palliatieve zorg schiet echter tekort in Vlaanderen. (15) Er is quasi geen kwaliteitscontrole voorzien en men gaat het effect ervan niet na in de praktijk. De aanwezigheden worden niet opgenomen en de bijscholingen zijn niet voldoende afgestemd op de leernoden van iedere specifieke arts. Er is dus nog veel ruimte voor verbetering binnen de organisatie en kwaliteitscontrole van deze klassieke navormingsprogramma's. Het koppelen van deze bijscholingen aan voorschriftregistratie kan een meerwaarde betekenen. Anderzijds kan men van focus veranderen en andere manieren uitproberen om de kennis en vaardigheden rond palliatieve zorg te verbeteren. (15)

Andere methoden waarbij men via interactieve modellen de palliatieve zorgcapaciteiten van huisartsen probeert bij te schaven bleken wel reeds veelbelovend. In een Canadese studie van Marshall et al. liet men huisartsen actief samenwerken met een gespecialiseerd palliatief team. (16) Het bleek dat deze samenwerking over het algemeen een positief effect had bij de huisartsen. Deze samenwerking liet hen vooral inzien dat ze steeds konden terugvallen op iemand van het gespecialiseerd palliatief

team zowel overdag als 's nachts, tijdens de week of in het weekend. Dit gaf hen meer vertrouwen om de arbeidsintensieve en zware zorg voor de palliatieve patiënt op zich te nemen. Deze studie doet echter geen uitspraak over het effect op de specifieke palliatieve vaardigheden en - kennis van de huisarts noch over mogelijke onderlinge verschillen binnen de huisartsenpopulatie.

2.2 Een nieuw concept: interprofessionele samenwerking en interprofessioneel leren

Work-based learning, interactief onderwijs

Op de juiste manier informatie aanbieden is primordiaal in de opleiding van capabele huisartsen op het gebied van palliatieve zorg. De traditionele manier waarbij enkel literatuur wordt aangeboden is niet langer gebruikelijk (formeel leren). (17) Het aanbieden van literatuur en het geven van theoretische lessen is minder effectief dan het combineren van onderwijzende methodes met interactieve – en/of praktische technieken. (18) Onderwijzende methodes alleen veranderen de kennis en attitudes van de student maar zorgen niet voor meer performantie. (19)

Het observeren van de student (of huisarts) in praktische of klinische setting is dus een elementaire vaardigheid van een goede onderwijzer geworden. (20) De onderwijzer/supervisor moet hierbij inspelen op de specifieke noden van de student. (17) De hoeveelheid informatie die gegeven wordt, het geven van richtlijnen en geheugensteuntjes spelen ook nog steeds een belangrijke rol, doch de afzonderlijke bijdrage van elk van deze aan de opleiding is niet duidelijk. (21) Een directe relatie en constructieve communicatie tussen de supervisor en de student arts leiden hierbij tot betere resultaten. (22)

Bij een studie in de eerste lijn specifiek gericht op het opleiden van huisartsen toonde men aan dat de graad van onafhankelijkheid en de patiëntenpopulatie andere belangrijke factoren zijn. Huisartsen die de vrijheid krijgen om al snel zelfstandig zaken in te oefenen ervaren de supervisie positiever dan diegenen die enkel mogen meekijken met de supervisor. Ook het aantal patiëntencontacten en de diversiteit van de patiëntenpopulatie heeft een duidelijk effect op de kwaliteit van de opleiding. (23)

Interactieve technieken vormen het leren in de praktijk. Dit is niet alleen het aanleren van praktische vaardigheden maar ook andere minder evidente vaardigheden. Zo kan er via moderne informatietechnologie en teamvergaderingen interessante informatie uitgewisseld worden. Men leert hierbij dus naast het communiceren en het uitwisselen van theoretische en praktische kennis ook technische hulpmiddelen gebruiken. (24) Het terrein rond een op de praktijk gebaseerde leermethode in de verpleegkundige zorgsector is echter nog relatief nieuw en dient verder uitgediept te worden. (25)

Beoordelen (assessment), geven van feedback:

Het evalueren en het geven van feedback is een ander essentieel onderdeel van een goed leerproces. (21, 26) Deze beoordeling van student of arts door de supervisor vormt een sleutelelement tot het toepassen van de bereikte kennis in een praktische of klinische context. Ervaring alleen is immers niet voldoende, ervaring én reflectie blijkt een stuk beter te zijn voor het leerproces. (27) Deze beoordeling kan echter verstoord worden door een aantal spanningen tussen student en supervisor waardoor het beoogde resultaat niet bereikt wordt. (28) Allereerst is het vaak zo dat de student (of arts) zich té ervaren wil voordoen en zo zijn zwakke punten bewust zelf ontkent of minimaliseert. Ten tweede is de feedback die de student krijgt vaak volledig anders dan hij had verwacht. Dit zorgt voor moeilijkheden bij het aanvaarden en inzien van deze kritiek en kan zo leiden tot het niet toepassen ervan. Ten derde wordt de beoordeling te vaak als een verplicht sluitstuk gezien van de opleiding en wordt deze niet serieus genomen. Student en supervisor hebben samen goed gewerkt maar beschouwen de beoordeling als een formaliteit terwijl het nét de afsluitende en belangrijkste stap is in het leerproces.

Tevens is het erg belangrijk dat er een goede band bestaat tussen supervisor en student om tot een goede evaluatie te komen. (29) Studenten hechten erg veel belang aan een geïnteresseerde supervisor die beschikbaar is voor feedback en die voldoende uitleg geeft. Evaluatieschalen kunnen hierbij helpen omdat ze student en supervisor ertoe verplichten om stil te staan bij wat men al dan niet bereikt heeft gedurende de opleiding.

Het evalueren van de student of arts bij een op de praktijk gerichte opleiding is echter wel moeilijker dan bij een louter theoretische opleiding. Deze evaluatie is immers veel persoonlijker en kan minder geobjectiveerd worden. Veralgemeende evaluatie schalen kunnen hierin misschien een oplossing bieden. (30)

Om tot een efficiënte opleiding te komen is het tevens noodzakelijk dat er voldoende tijd beschikbaar is voor de supervisor. Uit een kwalitatieve studie naar het ervaren van clinici bij het opleiden van studenten kwam een goede organisatie onder collega's als belangrijkste ankerpunt naar boven. De taak van supervisor vraagt immers tijd en is niet altijd gemakkelijk te combineren met de andere klinische activiteiten. Als collega's hier begrip voor opbrengen en als de student geaccepteerd wordt in het ziekenhuis vormt dit echter veel minder een probleem. (31)

Samenwerken in een interprofessioneel team:

In de palliatieve thuiszorg is een effectieve en goede relatie tussen de verschillende partners essentieel om een goede zorg voor de patiënt te verzekeren. Werken in een interprofessioneel team betekent hierbij respect hebben voor elkaar, waarbij elke partner een eigen specialiteit heeft met het welzijn van de patiënt als centraal uitgangspunt. (32)

Werken in een interprofessioneel team vraagt naast respect voor elk teamlid en het onderkennen van elk lid in zijn eigen specialiteit nog een aantal andere basisvaardigheden. Zo moet men een open communicatie hanteren en collegiaal zijn. (33) Het is belangrijk om deze samenwerkingskwaliteiten te benadrukken in de toekomstige gezondheidszorg aangezien er in de toekomst meer en meer multi professionele teams zullen gericht zijn op de vaak chronische zorg rond de patiënt. Ook de evolutie in de moderne gezondheidszorg naar vastgestelde en minder werkuren verplicht een nauwe samenwerking tussen de teamleden. Door studenten deze teamvaardigheden aan te leren kan de kans op medische fouten gevoelig teruggedrongen worden. (34)

Om het belang van deze teamvaardigheden te benadrukken wordt tevens geopteerd om deze te gebruiken om studenten of artsen te beoordelen na stages of praktische leermomenten. (33) Ook voor de accreditering van artsen kan dit gebruikt worden. (33)

Het organiseren van een interdisciplinaire opleiding onder verpleegkunde- vroedkunde- en geneeskunde studenten is reeds positief gebleken in een studie georganiseerd door de universiteit van Manchester in 2001. Studenten ervaren het aangenaam om met andere disciplines samen te werken en de verschillende rollen te leren kennen in de multidisciplinaire zorg. (35)

Interprofessioneel leren, collegialiteit:

IPE (interprofessional education) is het leren van, met en over elkaar om de samenwerking te bevorderen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het probleem met deze methode van leren is dat de meeste studies gebeurd zijn bij studenten. Het merendeel van deze studies toonde wel een positief effect aan op attitude en kennis van de zorgverleners. (36) Interprofessioneel leren heeft een aantal grote voordelen tegenover de traditionele bijscholingen en navormingen die georganiseerd worden voor artsen. (37) Zo moet de druk bezette clinicus het werk niet opzij zetten om bijscholingen na de werkuren te volgen, interprofessioneel werk gerelateerd leren gebeurt immers gedurende de dagelijkse praktijk en werkuren. Ook is de motivatie tot levenslang leren en het onderhouden van een goede actuele kennis erg verschillend van arts tot arts. Dit kan makkelijker geïntegreerd worden in het interprofessioneel leren. Tevens vallen persoonlijke aandachtspunten en eigen interesses niet altijd te integreren in de traditionele bijscholing georganiseerd voor groepen van artsen. Bij het interprofessioneel leren wordt er een meer persoonlijke benadering gehanteerd en kan

er beter ingespeeld worden op de specifieke noden van de arts. De interactie met collega's stimuleert de arts ook beter en geeft aanleiding tot meer motivatie om bij te leren. Bij een studie in Bradford, UK ging men na wat de invloed was van het "interprofessioneel" leren via trainingssessies voor zowel artsen, verpleegkundigen als andere zorgverleners. (38) Men toonde aan dat het uitwisselen van informatie en ervaringen tussen verschillende disciplines erg waardevol is voor de zorgverleners. Dit staat hier los van het werk gerelateerd leren gezien het via bijscholingen en navormingen werd georganiseerd. Interprofessioneel leren vergroot bovenal de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners als men nadien terug in zijn eigen werkomgeving belandt. (39) Collegialiteit, die positief beïnvloed wordt door dergelijke interprofessionele leerprogramma's, draagt immers voor een groot stuk bij tot een efficiënte samenwerking onder zorgverleners.

Impact op de gezondheidszorg:

In de literatuur is zoals beschreven heel wat te vinden rond het concept van interprofessioneel leren (cfr. supra). De impact op de gezondheidszorg is echter niet duidelijk. De studies zijn hoofdzakelijk uitgevoerd bij studenten en niet bij professionele zorgverleners. 1 studie beschrijft wel een daling van het aantal medische fouten na het invoeren van dit concept. (34) Ook de samenwerking tussen zorgverleners en de collegialiteit wordt positief beïnvloed. (39) Maar grote studies met objectiveerbare metingen die het effect op de kwaliteit van de gezondheidszorg nagaan zijn niet of te weinig gebeurd. (40-41) Het is ook niet duidelijk op welke manier interprofessioneel leren de kwaliteit bevordert. (40) Het is echter niet eenvoudig om dit na te gaan. Een controlegroep samenstellen is moeilijk gezien men moet rekening houden met een groot aantal variabelen. Ook het aanbieden van dezelfde informatie is niet eenvoudig. Een mogelijkheid bestaat erin om enkel te focussen op de interventiegroep en hieruit conclusies te trekken. (41) Al deze zaken blijven dus nog open en vormen een uitdaging voor de toekomst.

3. Onderzoeksmethodiek:

3.1 Onderzoeksopzet

In deze studie wordt via interviews nagegaan wat de mogelijke invloed is van samenwerking met de palliatieve zorgverlening op de leermethoden en kwaliteit van palliatieve zorgverlening van de huisarts. Aangezien het onderwerp van dit onderzoek een relatief onontgonnen terrein vormt, is een exploratieve onderzoekvorm het meest

geschikt. Dit laat immers toe om nieuwe dimensies te ontdekken. In het exploratieve karakter van dit onderzoek vormt kwalitatief onderzoek de meest geschikte onderzoeksstrategie aangezien we zo informatie kunnen verwerven op een open en flexibele manier. Dit is van grote waarde voor het onderzoek. Semigestructureerde interviews, met open vragen als houvast, worden afgenomen door 3 verschillende interviewers. Er is daarbij plaats voor nieuwe thema's die door de huisartsen zelf aangebracht kunnen worden.

3.2 Deelnemers

3.2.1 Selectie van de deelnemers

Tot de doelgroep van dit onderzoek behoren huisartsen die reeds ervaring hebben in het begeleiden van een palliatieve patiënt samen met een palliatieve thuiszorgequipe. Allen verloren een palliatieve patiënt mede opgevolgd door het palliatief thuiszorgteam in de periode maart 2013- mei 2013.

De deelnemers worden niet rechtstreeks door de onderzoekers gecontacteerd maar door het palliatief netwerk waarmee zij samenwerken. Deze palliatieve netwerken werden geselecteerd uit een lijst van netwerken die reeds deelnamen aan de doctoraatstudie van Dr. Pype aan de universiteit Gent en Antwerpen. Dit is omdat ons huidig onderzoek kadert in dit doctoraatswerk van Dr. Pype (en prof Deveugele). Uit de lijst van palliatieve netwerken werden uiteindelijk 6 netwerken weerhouden op basis van geografische spreiding in Vlaanderen. Zij ontvangen allen een elektronische brief met informatie over de studie en de vraag tot deelname aan het onderzoek. Later wordt er ook telefonisch contact opgenomen met de hoofdverantwoordelijke van de palliatieve thuiszorgequipe voor meer uitleg. Van de zes geselecteerde netwerken blijken er 5 bereid te zijn tot deelname. 1 netwerk neemt liever niet deel en wordt vervangen door het netwerk PANAL in Leuven. Dit laatste netwerk staat los van de eerder vernoemde doctoraatstudie, maar wordt omwille van logistieke redenen toch in de studie geïncludeerd. De brief naar de palliatieve netwerken en de tabel met de deelnemende huisartsen staan vermeld onderaan in de respectievelijke bijlagen 1 en 2. Wanneer een huisarts akkoord is om deel te nemen aan de studie wordt deze telefonisch gecontacteerd door de onderzoekers om het interview te regelen. De huisarts beslist zelf waar en wanneer het interview plaatsvindt in de vooropgestelde periode mei 2013 tot september 2013. Het uiteindelijke doel is om per palliatief netwerk vier interviews af te nemen. In totaal worden dat verspreid over de zes netwerken 24 te interviewen huisartsen. Maar omwille van een lage opbrengst in het Waasland, worden er dit in totaal 21. Zie bijlage 2.

3.2.2 Kenmerken deelnemers

Uiteindelijk bestaat het aantal deelnemers uit veertien mannen en zeven vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen. De meerderheid van de huisartsen werkt alleen (n= 10), slechts 5 van de huisartsen werken in groepspraktijk en zes werken in een duo-praktijk. Bij de selectie werd getracht om een zo groot mogelijke variatie te bekomen voor bovengenoemde paramaters om zo verschillende soorten huisartsen in kaart te kunnen brengen. In bijlage 2 staan de verschillende parameters opgelijst.

3.3 Data verzameling

3.3.1 Een leidraad voor de vragen

In een volgende fase van het onderzoek worden de interviews voorbereid aan de hand van een vragenlijst. We beginnen met het opstellen van een 'topic'- lijst, terug te vinden in bijlage 3, dit omvat de hoofdthema's van het interview. Deze worden voornamelijk gebaseerd op het bijhorende leermodel tevens weergegeven in bijlage 3. De topiclijst dient als de rode draad voor het afnemen van de interviews. Ze wordt verder uitgewerkt tot een vragenlijst. In dit onderzoek wordt de leidraad voor de vragen opgesteld op basis van enerzijds de literatuurstudie, waar enkele thema's uit naar voor komen, maar ook door bespreking met andere onderzoekers. Bij het afnemen van de interviews kunnen deze vragen naar eigen aanvoelen van de onderzoeker zelf aangepast worden, om zo de nodige informatie van de geïnterviewde te onttrekken. Tevens wordt er getracht om zoveel mogelijk met open vragen te werken, omdat dit de artsen de kans geeft om open antwoorden te geven. Zo kunnen we meer informatie verkrijgen. Dit laatste is een belangrijk aspect in onze kwalitatieve studie die steunt op de interviews en dus de antwoorden van onze onderzoekspopulatie.

3.3.2 Afnemen interview

Vervolgens wordt er overgegaan tot het afnemen van de interviews. De verdeling gebeurt volgens de regio van het palliatief netwerk. Aanvankelijk werd elk palliatief netwerk verdeeld over twee onderzoekers. Wat betekent dat elke onderzoeker interviews afneemt in vier verschillende palliatieve netwerken. Omwille van logistieke redenen worden huisartsen in de regio Leuven echter enkel door interviewer 2 bevraagd, waardoor deze slechts in 3 palliatieve netwerken actief is. Dit geldt ook voor interviewer 3, die omwille van het eerder beschreven tekort in het Waasland daar geen

interviews kan uitvoeren. In totaal worden er 21 interviews afgenomen; zeven door onderzoeker 1, acht door onderzoeker 2 en zes door onderzoeker 3. Zie bijlage 2.

De interviews worden digitaal opgenomen. De aandacht van de interviewer kan zo voluit naar het interviewen zelf gaan. Het opnemen van de interviews zorgt er tevens voor dat de kans op vertekeningen na het interview beperkt is. De interviews duren ongeveer 30 minuten.

3.4 Data analyse

3.4.1 Transcriptie van de interviews

De interviews worden woordelijk uitgeschreven zoals ze op de geluidsband staan. Dit gebeurt door de interviewer zelf. Het woordelijk uitschrijven van de interviews levert een eerste bijdrage aan het „leren kennen" van de verzamelde data. Het vormt een eerste opstap naar een meer diepgaande analyse.

3.4.2 Thematische analyse

Voor het verwerken van de gegevens wordt gekozen voor een thematische analyse. Een van de belangrijkste voordelen van deze methode is dat de onderzoeksbevindingen begrijpelijk zullen zijn voor iedereen. Hieronder worden de verschillende stappen beschreven.

Na transcriptie worden de interviews door twee onderzoekers doorgenomen, de interviewer zelf en een onafhankelijk onderzoeker. Dit wordt gedaan om de interne validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Elk van de onderzoekers kijkt dus naast de eigen afgenomen interviews ook de helft van die van de andere onderzoekers na. De focus hierbij ligt op het vinden van gemeenschappelijke elementen in de verschillende interviews. Zo tracht iedere onderzoeker onafhankelijk van de andere tot thema's te komen. Vervolgens worden de bevindingen met elkaar vergeleken en aangepast tot een geheel van gecodeerde thema's die voor alle 21 interviews gelden.

De gecodeerde interviews dienen als vertrekpunt voor de bespreking van de resultaten. Het verwerken van het gecodeerde materiaal wordt opgevolgd door alle onderzoekers. Op deze manier wordt erop toegezien dat de gemaakte interpretaties in de gegevens terug te vinden zijn. De resultaten leiden op hun beurt tot het beantwoorden van de verschillende onderzoeksvragen van de 3 onderzoekers.

3.5 Kwaliteitscriteria

3.5.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Er wordt een opsplitsing gemaakt in interne en externe validiteit. Interne validiteit betreft de deugdelijkheid van de argumenten (verzamelde gegevens) en de redenering (onderzoeksopzet en analyse) die tot de onderzoekconclusies leiden. Het opstellen van de thema's en het coderen ervan door meerdere onderzoekers draagt hiertoe bij in dit onderzoek. Door een terugkoppeling van de interviews naar de deelnemers zelf zou de interne validiteit hoger kunnen zijn, doch dit heeft in dit onderzoek niet plaatsgevonden.

De externe validiteit betreft de generaliseerbaarheid van de onderzoekconclusies. Aangezien het hier om een exploratief onderzoek gaat, vormt de generaliseerbaarheid van het onderzoek op zich geen te behalen doel. Hier gaat het immers eerder om de ervaringen en belevingen van de huisartsen. Deze is dan ook persoonlijk en kan niet gegeneraliseerd worden. Ook het klein aantal deelnemers komt de externe validiteit niet ten goede. Er wordt wel voor gezorgd dat de deelnemers variëren qua geografische spreiding, persoonlijke kernmerken (zoals geslacht en leeftijd) en praktijkvorm. Dit kan de externe validiteit wel verhogen.

Betrouwbaarheid als reproduceerbaarheid wordt niet als een kenmerk van kwalitatief onderzoek gezien. Bij kwalitatief onderzoek gaat men ervan uit dat de realiteit sociaal geconstrueerd is en evolueert. Dit wordt dus niet zoals bij kwantitatief onderzoek als vaststaand beschouwd. De resultaten kunnen dan ook moeilijk in een tweede onderzoek gerepliceerd worden.

3.5.2 Ethische kwesties

Elke deelnemer wordt op de hoogte gebracht van het opzet en verloop van het onderzoek, wat tevens beschreven staat in het 'informed consent'. Door dit te

ondertekenen wordt toestemming tot deelname aan het onderzoek gegeven. De anonimiteit wordt voor alle deelnemers verzekerd. Dit geldt tevens voor het gebruik van citaten bij de resultaten.

4 Resultaten:

De resultaten van de interviews worden samengevat rond verschillende thema's: comfort van de huisarts, ervaring en kennis van de huisarts, rolverdeling, verschillen palliatief verpleegkundige - thuis verpleegkundige, emotionele zorg etc. De 2 andere onderzoekers richten zich enerzijds op de leerstrategieën van de huisarts en anderzijds op de rol van de palliatief verpleegkundige: hoe staan zij tegenover de interprofessionele samenwerking en hoe kunnen zij de kennis van de huisartsen bijschaven? Ik spits me toe op de specifieke verwachtingen van de huisarts in de brede samenwerking met de palliatief verpleegkundige.

4.1 Verwachtingen van de huisartsen met betrekking tot de samenwerking met het palliatief team

Aan de ene kant staan de meeste huisartsen positief tegenover de samenwerking, de huisartsen vinden het comfortabel samenwerken op de volgende punten:

- Je kan altijd op hen beroep doen, als je hen belt staan ze steeds paraat.
- Op gebied van de praktische kant hebben ze heel veel tips en skills.
- De patiënt kan thuis blijven door de voortdurende ruggensteun.
- De palliatieve begeleiding van een patiënt vraagt veel tijd, de palliatieve equipe kan hier een takenpakket van de huisarts overnemen waardoor het dragelijker wordt voor de huisarts.
- De palliatieve equipe bestaat grotendeels uit een team dat met dezelfde mensen blijft werken. Er wordt dus een vertrouwensband gecreëerd tussen huisarts en palliatief team, de methode van samenwerken blijft grotendeels hetzelfde.
- De palliatieve equipes kunnen beter overweg met de (vaak complexe) emotionele zorg die de begeleiding van een palliatieve patiënt vraagt. Zij gaan veel ruimer dan wat de huisarts met de patiënt bespreekt. Zij gaan bijvoorbeeld ook levensbeschouwelijke dingen aanraken. Als je deze emotionele zorg inschakelt (waarbij men echt specifiek vragen gaat stellen rond de dood), moet je wel goed opletten wanneer je dit doet. Je mag dit zeker niet te vroeg doen. De patiënt moet eerst zelf een beetje aanvoelen hoe het ziekteproces evolueert. Over het algemeen voelen de palliatieve equipes wel goed aan wanneer ze deze levensbeschouwelijke vragen moeten stellen. De palliatieve equipes zijn meer gericht op die specifieke comfortzorg van de patiënt, de gewone thuisverplegingsequipes richten zich hierbij nog teveel op de curatieve zorg.

Aan de andere kant zijn er ook negatieve punten wat de samenwerking betreft in de begeleiding van de palliatieve patiënt:

- Je brengt er een nieuwe speler bij op het moment dat vertrouwen erg belangrijk is: de patiënt kan het moeilijk hebben om in deze laatste levensfase nog een extra persoon in vertrouwen te nemen. Sommige huisartsen werken in dit opzicht dan ook liever met vaste thuisverpleegsters die gekend zijn door de patiënt. Zeker in rusthuizen kan het vast verpleegkundig team de zorg op zich nemen. Het zou hier ook organisatorisch moeilijk en wat oneerbiedig zijn tegenover de rusthuisverpleging om een extern team in te schakelen.
- Bepaalde 'oudere' huisartsen halen dan weer aan dat ze geen ervaring hebben met specifieke psychische begeleiding door het palliatief zorgteam. Patiënten zijn vaak erg moedig en ondergaan deze laatste levensfase gewoon, ze tonen weinig wanhoop.
- Het palliatief team voorstellen of inschakelen bij een patiënt is erg ingrijpend en je plakt als het ware 'een etiquette' op de patiënt. Sommige huisartsen wachten hier dan ook het liefst zo lang mogelijk mee.
- Bepaalde oudere huisartsen halen ook aan dat ze liever met het gewoon thuisverpleegkundig team samenwerken in de palliatieve fase. De patiënt is deze gewoon en wenst vaak geen verandering.

4.2 Verwachtingen van de huisartsen met betrekking tot het bijleren van de palliatief verpleegkundige

Op gebied van het bijleren en het informatie vergaren rond palliatieve zorg zijn de meeste huisartsen ook positief. De meeste huisartsen plaatsen zich hierbij niet in een superieure positie ten aanzien van de verpleegkundige. Men voelt zich niet de persoon die alles weet, men stelt zich open voor nieuwe inzichten en vaardigheden die de palliatieve equipe hen kan bieden. Verplegers die voortdurend in diezelfde specifieke sector zitten weten vaak evenveel of meer dan de gemiddelde huisarts. Of die informatie dan van een arts of verpleger komt speelt geen grote rol. Sommigen stellen ook dat het niet ten goede van de patiënt komt als men zich boven de palliatieve equipe stelt.

Andere, eerder oudere huisartsen, beroepen zich toch eerder op de ervaring van de jaren die ze hebben als huisarts. Als het echt niet anders kan vraagt men eens de opinie van de verpleegkundige of liever die van een collega-arts. Rond praktische zaken en technische problematiek wil men wel zich wel op de opinie en kunde van de verpleegkundige beroepen maar qua beleid bepaalt men het liever zelf.

5 Discussie:

De meeste huisartsen ervaren de samenwerking met de palliatief verpleegkundige grotendeels positief als deze op het juiste moment kan worden ingeschakeld. Ze bieden een goede steun in de complexe praktische en emotionele comfortzorg die zo specifiek is voor de palliatieve geneeskunde en voelen goed aan wanneer ze deze psycho-emotionele zorg kunnen bieden. De meeste huisartsen menen ook dat ze veel kunnen bijleren van de palliatief verpleegkundige. Wat wel opvalt is dat er een enigszins verschillende houding bestaat tussen de eerder jonge huisarts en de ervaren oudere huisarts.

5.1 Verschil in Leeftijd

Oudere huisartsen beroepen zich toch nog iets liever op hun eigen ervaring en kennis. Enkel voor praktische zaken doen ze een beroep op de verpleegkundige. Bij problemen doen deze oudere huisartsen dan ook liever beroep op een collega-arts en ze schatten hun mening hoger in dan deze van de verpleegkundige. Zij bepalen liever het algemene beleid en achten zichzelf het best in staat om belangrijke beslissingen te communiceren met de patiënt. De meeste patiënten zijn trouwens erg moedig in hun laatste levensfase menen ze. Veel nood aan communicatie is er niet altijd. Ook het inschakelen van een palliatief verpleegkundig team is enigszins een grote stap voor hen. Zo mogelijk laten ze dit liever over aan het vast thuisverpleegkundig team, de patiënt is dit team gewoon en wenst vaak geen verandering.

Jongere huisartsen hebben dan wel weer een breed vertrouwen in de palliatief verpleegkundige en vertrouwen hen vele taken toe. Op het gebied van comfortzorg, emotionele en communicatieve benadering én evaluatie van de palliatieve patiënt kunnen zij veel leren van de palliatieve equipe. Zij laten dit dan ook vaak over.

5.2 Andere mogelijke verschillen

Men zou kunnen verwachten dat het type praktijk ook een mogelijke invloed heeft op de manier van samenwerken tussen arts en verpleegkundige. In groepspraktijken is men het toch meer gewend om taken te verdelen en uit te besteden. Dit kwam echter niet naar voor in onze interviews. Het geringe aantal interviews met groepspraktijken laat wel niet toe om hier conclusies uit te trekken. Ook verschillen in geografische ligging hadden weinig tot geen invloed op de visie op de manier van samenwerken bij de ondervraagde huisartsen.

5.3 Implicaties voor de palliatief verpleegkundige

De palliatief verpleegkundige moet in zijn betrachting om de beste zorg te bieden aan de palliatieve patiënt op een zo goed mogelijke manier samenwerken met de huisarts. De complexe praktische zorgproblematiek in de palliatieve setting met dosering van medicatie, mogelijke alternatieve toedieningswegen en nieuwe evoluties hieromtrent laat elke huisarts graag over aan de verpleegkundige. Ingrijpendere beslissingen rond

beleid en de bijhorende mogelijke risico's van over- of onder behandeling worden bij deze oudere generatie echter liefst zelf genomen. Ondanks dat we in de literatuurstudie zien dat de huisarts matig scoort op het gebied van emotionele ondersteuning en comfortzorg kan het belangrijk zijn dat de verpleegkundige, ondanks zijn ongetwijfeld grote kennis en kunde, hiermee rekening houdt.

6 Besluit:

Uit de literatuurstudie kunnen we besluiten dat de kennis en kunde van de huisarts op het gebied van pijn- en symptoomcontrole, communicatie en emotionele zorg in de palliatieve zorg niet ideaal is. interprofessionele samenwerking blijkt wel een veelbelovend initiatief te zijn. Uit de resultaten van onze interviews zien we dat de gemiddelde Vlaamse huisarts de aangeboden samenwerking met het palliatief zorgteam weet te waarderen. Op het gebied van praktische ondersteuning en technieken zijn bijna alle huisartsen het unaniem eens dat het palliatief zorgteam dit het best op zich neemt. Op het gebied van de tijdrovende en complexe emotionele zorg beseffen de meeste huisartsen dat ze tekort komen als ze dit volledig zelfstandig willen doen. Het palliatief zorgteam kan de factor tijd, die cruciaal is bij emotionele zorg maar vaak erg beperkt is bij de huisarts, voor een groot deel op zich nemen. Toch bestaan er verschillen wat de visie van samenwerken betreft onder de huisartsen. De oudere huisarts vindt het aspect van communicatie en emotionele zorg vaak minder belangrijk en neemt deze zorg het liefst volledig op zich. Dit is toch wel een belangrijk onderscheid gezien dit ook slaat op de communicatie rond het eindelevensfase beleid en de beslissingen rond het al dan niet stopzetten van de respectievelijke behandelingen. Ook schakelt de oudere huisarts niet altijd over op het palliatief team maar blijft hij vaak werken met het vertrouwde thuisverpleegkundige team. Palliatief verpleegkundigen dienen hier rekening mee te houden om tot een optimale samenwerking en gezamenlijke begeleiding van de patiënt te komen. Iedereen die professioneel in de gezondheidszorg werkt bezit echter een zekere empathie en een zeker natuurlijk aanvoelen hoe iemand is en hoe iemand wil samenwerken. Dit heeft dan ook in onze onderzoeksgroep niet vaak tot problemen geleid. Om een uitspraak te kunnen doen over andere mogelijke verschillen die een invloed kunnen hebben op de samenwerking, is aanvullend onderzoek vereist.

7 Referentielijst:

1. A model to guide hospice palliative care: Based on national principles and norms of practice. Canadian hospice palliative care association. March 2002.
2. Clinical practice guidelines for quality palliative care. National consensus project for quality palliative care. Second Edition. 2009.
3. Van Den Block L, Deschepper R, Bossuyt N, Drieskens K, Bauwens S, Van Casteren V et al. Care for patients in the last months of life: the Belgian SENTI-MELC study. Int Arch Med. 2007, issue 16, 168, 1747- 1754.
4. B O'neill, A Rodway. ABC of palliative care. Care in the community. BMJ. 1998 January 31; 316(7128): 373–377
5. Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, Miccinesi G, Addington-Hall J, Kaasa S, Bilsen J, Deliens L. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. J. Clin. Oncol. 2010 May 1; 28(13): 2267-2273.
6. O'Brien M, Jack B. Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. Health Soc Care Community. 2010 Jul; 18 (4): 337-45.
7. Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, Sokolowski I, Jensen AB, Sondergaard J. Associations between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. Scand. J. Prim. Health Care. 2010 Sep; 28(3): 138-145.
8. Brown JB, Sangster M, Swift J. Factors influencing palliative care: qualitative study of family physicians' practices. Can. Fam. Physician 1998 May; 44: 1028-1034.
9. Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Verhagen SC, Crul BJ, Grol RP. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. Palliat. Med. 2007 Dec.; 21(8): 697-703.
10. Becker G, Momm F, Deibert P, Xander C, Gigl A, Wagner B, Baumgartner J. Planning training seminars in palliative care: a cross-sectional survey on the preferences of general practitioners and nurses in Austria. BMC Med. Educ. 2010 Jun. 11; 10: 43.
11. Meijler WJ, Van Heest F, Otter R, Sleijfer DT. Educational needs of general practitioners in palliative care: outcome of a focus group study. J cancer educ. 2005. 20(1): 28-33
12. Becker G, Wagner B, Baumgartner J, Momm F, Gigl A. Competency and educational needs in palliative care. Wien Klin Wochenschr. 2007. 119(3-4); 112-6
13. Lloyd-Williams M, Carter YH. General practice vocational training in the UK: what teaching is given in palliative care? Palliat med. 2003 oct 17(7): 216-20
14. Pype P, Stes A, Wens J, Van Den Eynden B, Deveugele M. The landscape of postgraduate education in palliative care for general practitioners: results of a nationwide survey in Flanders, Belgium. Patient Educ. Couns. 2012 Feb.; 86(2): 220- 225
15. Pype P, Wens J, Stes A, Deveugele M, Van Den Eynden B. Navorming voor huisartsen in Vlaanderen inzake palliatieve zorg: een doorlichting van het registratiesysteem. TVG. 2012. Vol 68, nr 3. 109-115.
16. Marshall D, Howell D, Brazil K, Howard M, Taniguchi A. Enhancing family physician capacity to deliver quality palliative home care: an end-of-life, shared-care model. Can Fam Physician. 2008 Dec; 54(12): 1703-1703.

17. RM Harden, J Crosby. The good teacher is more than a lecturer. The twelve roles of the teacher. Medical Teacher, Vol. 22, No. 4, 2000
18. T Remington, M Foulk, B Williams. Evaluation of evidence for interprofessional education. Am J Pharm Educ. 2006 Jun 15;70(3):66
19. Gysels M., Richardson A., Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. Support Care Cancer 2005 Jun.; 13(6): 356-366
20. J Norcini, V Burch. Workplace-based assessment as an_educational tool: AMEE Guide No. 31. Medical teacher, 2007; 29: 855-871
21. Veloski J, Boex J R, Grasberger M J, Evans A and Wolfson D B (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide no 7. Medical Teacher 28, 2, pp 117-128
22. S Kilminster, D Cottrell, J Grant, B Jolly. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No. 27. Medical teacher, 2007; 29: 2-19
23. J Van Der Zwet, V Hanssen, P Zwietering, A Muijtjens, C van der Vleuten, J Metsemakers et al. Workplace learning in general practice: Supervision, patient mix and independence emerge from the black box once again. Medical teacher, 2010; 32: e294-e299
24. D Price, M Howard, L Hilts, L Dolovich, L McCarthy, E Walsh et al. Interprofessional education in academic family medicine teaching units. Can Fam Physician. 2009 Sep;55(9):901-1.e1-5.
25. D Clarke, L Copeland. Developing nursing practice through work-based learning. Nurse Education in Practice 2003 3, 236-244.
26. K Mann, C van der Vleuten, K Eva, H Armson, B Chesluk, T Dornan et al. Tensions in Informed Self-Assessment: How the Desire for Feedback and Reticence to Collect and Use It Can Conflict. Acad Med. Vol 86. Sept 2011. 1120-1127.
27. J Sargeant et al. Learning in practice : experiences and perceptions of high-scoring physicians. Acad Med. 2006 ; 81 :655-660
28. J Sargeant, H Armson, B Chesluk, T Dornan, K Eva, E Holmboe et al. The processes and dimensions of informed self-assessment: a conceptual model. Acad Med. Vol 87. July 2010; 85:1212–1220
29. J Sargeant, K Eva, H Armson, B Chesluk, T Dornan, E Holmboe et al. Features of assessment learners use to make informed self-assessments of clinical performance. Medical Education 2011: 45: 636–647
30. McGill, C van der Vleuten, M Clarke. Supervisor assessment of clinical and professional competence of medical trainees: a reliability study using workplace data and a focused analytical literature review. Adv in Health Sci Educ (2011) 16:405–425
31. B von Below, S Rodjer, M Wahlqvist, A Billhult. "I couldn't do this with opposition from my colleagues": A qualitative study of physicians'experiences as clinical tutors. BMC Medical Education 2011, 11:79
32. M Hammick, L Olckers, C Campion-Smith. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. Medical teacher, 2009; 31: 1-12
33. M Schmitt, A Blue, C Aschenbrener and T Viggiano. Core competencies for interprofessional collaborative practice: reforming health care by transforming health professionals'education. Acad Med. Vol. 86, No. 11 / Nov 2011. 1351
34. Singh H, Thomas E, Petersen L, Studdert D. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. Arch Intern Med. 2007;167(19):2030

35. Wakefield A, Furber C, Boggis C, Sutton A, Cooke S. Promoting interdisciplinarity through educational initiative: a qualitative evaluation. Nurse educ pract. 2003. Dec: 3(4): 195-203
36. A Lyon, S Stirman, S Kerns, E Bruns. Developing the mental health workforce: review and application of training approaches from multiple disciplines. Adm Policy Ment Health. 2011 Jul;38(4):238-53
37. J Parboosingh. Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable. J Contin Educ Health Prof. 2002; vol 22. 230-236.
38. D Pearson, H Pandya. Shared learning in primary care: Participants' views of the benefits of this approach. Journal of Interprofessional Care, June 2006; 20(3): 302 – 313
39. S Pullon, B Fry. Interprofessional postgraduate education in primary health care: Is it making a difference? Journal of Interprofessional Care, December 2005; 19(6): 569 – 578
40. S Reeves, M Zwarenstein, J Goldman, H Barr, D Freeth, M Hammick et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 01/2009.
41. M Clifton, C Dale, C Bradshaw. The impact and effectiveness of inter-professional education in primary care. Royal College of Nursing. 2007

Bijlagen:

1.Brief palliatieve netwerken: Informatie over het onderzoek

Titel

Leren door en over de interprofessionele samenwerking in de palliatieve thuiszorg: ervaringen van huisartsen. Een interviewstudie.

Achtergrond/aanleiding

Palliatieve patiënten verkiezen meestal thuis te blijven en zorg te ontvangen van hun huisarts. Het huidige klassieke navormingssysteem is onvoldoende aangepast om tegemoet te komen aan de ad hoc leermethoden van huisartsen die met problemen in de palliatieve thuiszorg geconfronteerd worden.
Huisartsen krijgen ondersteuning van palliatieve thuiszorgequipes in de zorg voor hun patiënt. Interprofessionele samenwerking leidt tot interprofessioneel leren (leren van, met en over elkaar). Onderzoek toont aan dat huisartsen leren door samen te werken met palliatieve thuiszorgequipes.
Het is niet geweten hoe de huisartsen dit leereffect van de samenwerking beleven.

Concrete vraagstelling

- Hoe zien huisartsen zichzelf in relatie met de andere zorgverstrekkers (en met de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe in het bijzonder) van het zorgteam rond een palliatieve patiënt in de thuiszorg?
- Ziet de huisarts zichzelf als 'lerende' in deze samenwerking?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen van huisartsen tav de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe en de equipe-arts bij de uitwisseling van expertise?

Protocol

Aan de palliatieve thuiszorgequipes wordt gevraagd om na een overlijden van een patiënt, die begeleid werd door een palliatieve thuiszorgequipe, aan de behandelende huisarts te vragen of hij/zij wil deelnemen aan een interview (duurt ongeveer 30 minuten). Indien hij/zij geïnteresseerd is, zal de huisarts gecontacteerd worden door één van de drie onderzoekers om een afspraak te maken voor afname van het interview. De interviews zijn semi-gestructureerd en worden opgenomen om achteraf uit te schrijven en te analyseren.

Dit onderzoek kadert in het doctoraatswerk van Dr Peter Pype aan de universiteit Gent en Antwerpen, en wordt uitgevoerd door drie huisartsen in opleiding (Stefanie De Backer, Alexis Ameye en Lisa Rimaux).

Het onderzoek is goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent.

Meer informatie: palliatiefonderzoek@hotmail.com of 0474 29 33 10 (Stefanie De Backer) of 09 332 49 67 (Dr Peter Pype)

2. Tabel met de deelnemende huisartsen en de respectievelijke palliatieve netwerken

Palliatief netwerk	Interviewer	Leeftijd	Geslacht	Praktijkvorm
Waasland	1	64	M	solo
Zuid- West- Vlaanderen	1	41	M	solo
	1	65	M	groep
	2	51	M	groep
	2	62	M	duo
Gent-Eeklo	1	58	M	duo
	1	58	M	solo
	3	36	V	duo
	3	60	M	solo
Roeselare	1	53	M	solo
	1	51	M	solo
	3	67	V	solo
	3	37	M	duo
Leuven	2	54	V	solo
	2	59	V	solo
	2	44	V	groep
	2	62	M	duo
Aalst Dendermonde Ninove	2	61	M	duo
	2	33	V	solo
	3	34	V	groep
	3	59	M	groep

3. Topiclijst interview

1. Context of primary care: samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg

- Hoe ervaart u de samenwerking met het palliatief thuiszorgteam?

Hulpvragen:

Hoe staat u tegenover dit team? Wat zijn uw ervaringen rond het samenwerken in team in de eerstelijnszorg, bvb met het SEL? Leert u zelf iets bij op dit soort overlegmomenten? Is er een verschil met een overlegmoment met het palliatief team? Ervaart u een verschil bij de samenwerking met een 'gewone' (thuis)verpleegkundige en een palliatief verpleegkundige?

2. Palliative care nurse as tutor:

- Hoe verliep de communicatie en de samenwerking met de palliatief verpleegkundige ?

Hulpvragen:

Hoe ervaart u het om informatie te krijgen van een verpleegkundige? Vindt u dat palliatief verpleegkundigen voldoende kennis/ervaring bezitten om u te bij te staan? Is het al gebeurd dat u ongevraagd advies/suggesties kreeg van een palliatief verpleegkundige (hoe was dit voor u?) ?

3. GP as learner:

- Kan men door de interactie met het palliatief team iets bijleren tijdens de gezamenlijke begeleiding van het stervensproces van de patiënt?

- Heeft u de indruk over voldoende kennis en ervaring te beschikken om goede palliatieve zorg te geven? Indien niet, wat zou u helpen om meer kennis te vergaren hieromtrent? Hoe verruimt u uw kennis rond palliatieve zorg (artikels, collega's, …)?

Hulpvragen:

Staat u open voor nieuwe (theoretische of praktische) kennis rond de begeleiding van de palliatieve patiënt?

Zou u het gemakkelijker hebben om advies te vragen/krijgen aan/van een equipe-arts dan aan/van een palliatief verpleegkundige?

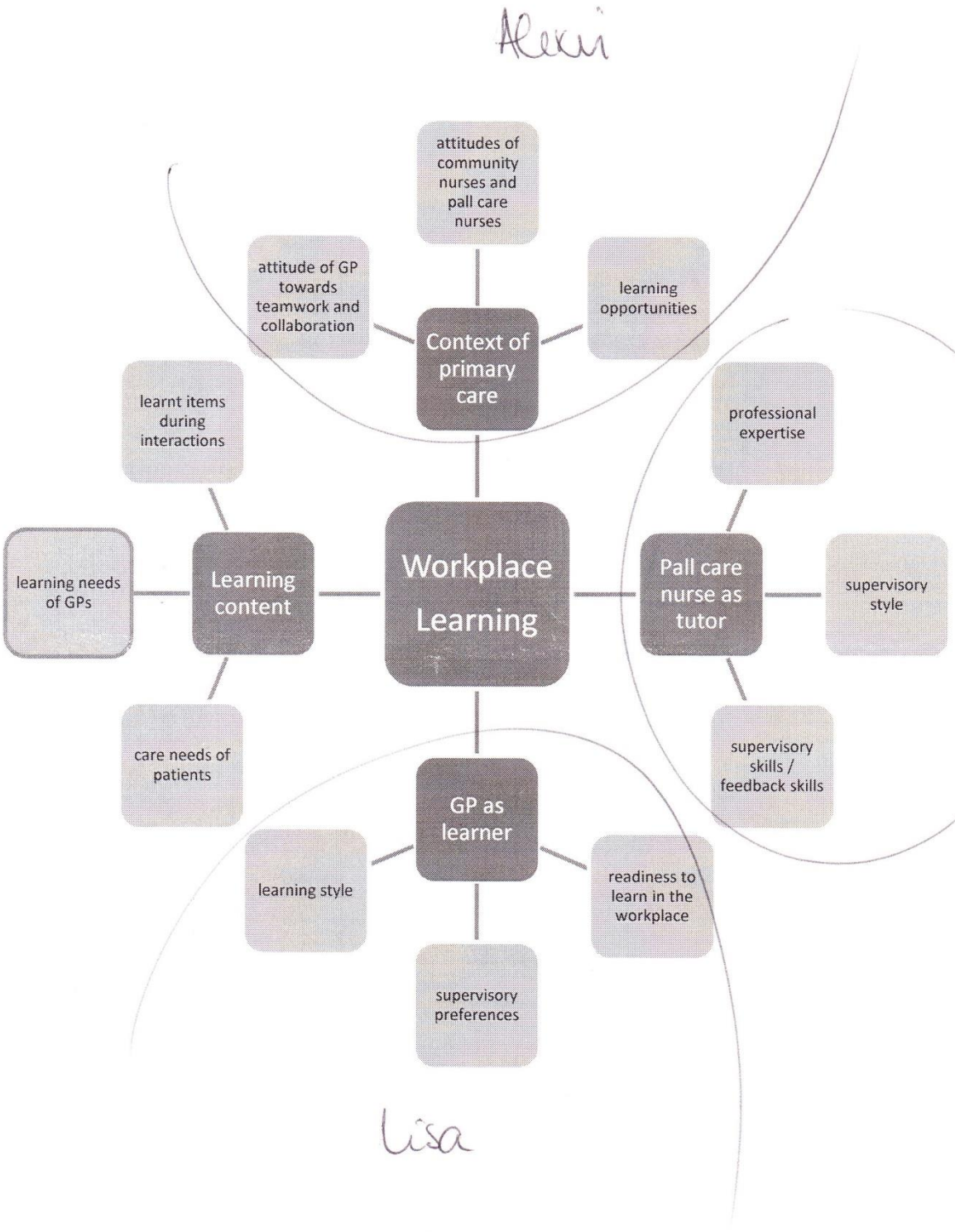
4. Learning content:

- Is er bepaalde theoretische of praktische informatie of kennis rond het palliatief proces die voor uzelf nuttig kan zijn?

Hulpvragen:

Op welke punten kan de begeleiding van het stervensproces voor de patiënt nog verbeterd worden? Heeft u de indruk over voldoende communicatieve capaciteiten te beschikken om problemen zoals pijn, angst en depressie te behandelen? Wat hebt u bijgeleerd gedurende de interactieve samenwerking met het palliatief zorgteam?

Topic list


Alexi
attitudes of community nurses and pall care nurses
attitude of GP towards teamwork and collaboration
learning opportunities
Context of primary care
learnt items during interactions
professional expertise
learning needs of GPs
Learning content
Workplace Learning
Pall care nurse as tutor
supervisory style
care needs of patients
supervisory skills / feedback skills
GP as learner
learning style
readiness to learn in the workplace
supervisory preferences
Lisa