De plaats van het informeel interprofessioneel leren in de samenwerking van de huisarts met de palliatief verpleegkundige in de thuissetting, volgens de huisarts. Een interviewstudie.

Rimaux Lisa, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Deveugele Myriam, UGent

Co-promotor: Dr. Pype Peter

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Abstract 4
1. Introductie 5
1.1 Kaderen studie 5
1.2 Opzet van de studie 5
1.3 Onderzoeksvraag 6
2. Literatuurstudie 6
3. Methode 8
3.1. Onderzoeksopzet 8
3.2. Deelnemers 8
3.2.1. Selectie van de deelnemers 8
3.2.2. Kenmerken deelnemers 9
3.3. Data verzameling 10
3.3.1. Een leidraad voor de vragen 10
3.3.2. Afname interview 11
3.4. Data analyse 11
3.4.1. Transcriptie van de interviews 11
3.4.2. Thematische analyse 11
3.5. Kwaliteitscriteria 12
3.5.1 Validiteit 12
3.5.2. Betrouwbaarheid 12
3.5.3. Ethische kwesties 12
4. Resultaten 13
4.1. Ervaring en kennis van de huisarts 13
4.2. Leren van de palliatief verpleegkundige 14
4.3. Vertrouwen van de huisarts in de PV 16
4.4. Bijleren en onthouden van de huisarts uit de samenwerking met de PV 17
4.5. Comfort voor de huisarts in de samenwerking met de PV 18
4.6. Rolverdeling tussen HA en PV volgens de huisarts 19
4.7. Emotionele zorgverlening volgens de huisarts 20
5. Discussie 21
5.1 Hoe ervaren huisartsen het informeel interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking met de PV? 21
5.2 Welke stimuli en/of barrières ondervinden HA om op het interprofessioneel leren van de PV beroep te doen? 22

5.3 Welke plaats kan het informeel interprofessioneel leren volgens de HA innemen in het huidig navormingssysteem over palliatieve zorgverlening en hoe moet ze georganiseerd worden? 24

6. Conclusie 24

Referentielijst: 25

Bijlagen 29

Bijlage 1: oproepbrief aan de palliatieve equipe 29

Bijlage 2: informatie voor de huisarts over het studie opzet 30

Bijlage 3: Leermodel als basis voor de hoofdthema's van de topic- lijst 31

Bijlage 4: Vragenlijst als rode draad voor de afname van de semi- gestructureerde interviews 32

Bijlage 5: Informed Consent 33

Abstract

Context

Er bestaat een nood aan nieuwe educatievormen om de huisartsen voldoende te kunnen bijscholen inzake palliatieve zorgverlening. Het huidige navormingssysteem blijkt hiervoor ontoereikend te zijn. In deze thesis gaan we dieper in op het informeel interprofessioneel leren van de huisarts (HA) in de samenwerking met de palliatief verpleegkundige (PV) in de thuissetting. Het is een manier van leren waar men zich vaak niet van bewust is. We gaan na of dit volgens de HA een plaats heeft in het huidig navormingssysteem over palliatieve zorgverlening.

Onderzoeksvraag

Volgende drie onderzoeksvragen worden in deze masterproef vooropgesteld; 'Hoe ervaren huisartsen het informeel interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking?', ' Welke stimuli en/of barrières ondervinden HA om op het interprofessioneel leren van de PV beroep te doen?' en 'Hoe kan het interprofessioneel leren in de palliatieve setting beter georganiseerd worden zodat meer HA er beroep op zouden doen?'.

Methode

Aangezien er over het onderzoeksonderwerp weinig gekend is, wordt er gekozen voor een exploratieve en kwalitatieve interviewstudie. Semi- gestructureerde interviews worden door 3 interviewers afgenomen van 21 HA met diverse persoonlijke eigenschappen. Deze HA worden niet rechtstreeks door onderzoekers gecontacteerd, maar door zes op voorhand geselecteerde palliatieve netwerken. De interviews worden dan aan de hand van thematisch analyse geanalyseerd.

Analyse en conclusie

Uit deze studie kunnen we concluderen dat de bevraagde HA het interprofessioneel informeel leren van de PV een goede en efficiënte educatievorm vinden, die een plaats heeft in het huidig navormingssysteem. Stimuli en barrières die HA ondervinden komen voort uit de samenwerking met de PV en de attitude van zowel de PV als de HA ten opzichte van het interprofessioneel leren. Geen van de HA vindt dat het interprofessioneel informeel leren van de PV in de palliatieve samenwerking een onderdeel hoort te zijn van de geneeskundige opleiding en enkel een plaats heeft in de praktijk.

1. Introductie

1.1 Kaderen studie

Palliatieve zorg vormt een belangrijk aspect in de taakomschrijving van de hedendaagse huisarts. Steeds meer mensen met een geavanceerde, progressieve en ongeneeslijke ziekte kiezen ervoor om in de terminale fase van hun leven thuis verzorgd te worden en daar te sterven.(1-3) Ook hun nabestaanden schijnen meer tevreden te zijn wanneer hun dierbare thuis palliatief begeleidt kan worden tot het levenseinde. (4, 5) Toch zien we in de praktijk dat huisartsen (HA) zich niet altijd goed voorbereid voelen op het verlenen van palliatieve zorg en de nodige kennis en zelfvertrouwen missen. (10- 13)

In België behoort palliatieve zorgverlening, net zoals in de meeste Europese landen, niet tot het verplicht te behalen curriculum in de geneeskundige opleiding.(9) Hierdoor zijn HA aangewezen op bijkomende opleidingen. Deze bestaan voornamelijk uit lezingen georganiseerd door artsen of andere gezondheidsverzorgers. Hoewel er een leereffect van de huidige bijscholingen kan worden aangetoond, bestaat er een kritische houding ten opzichte van dit navormingssysteem. Voornamelijk de kwaliteit en de doeltreffendheid ervan worden in vraag gesteld. (14- 17) Hierdoor krijgen nieuwe leermethodes, om huisartsen bij te scholen in palliatieve zorgverlening, ruimte om zich te ontwikkelen. (16, 18, 19) Eén van deze methodes is het informeel interprofessioneel leren. Deze term wordt gedefinieerd als: het samen leren van gezondheidsverzorgers zowel van elkaar als over elkaar om zo de samenwerking en kwaliteit van zorg te verbeteren. (19, 20) Het vindt plaats op de werkvloer en is in tegenstelling tot de meeste andere bijscholingsvormen niet intentioneel van aard.

Het belang van een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines in de gezondheidszorg is reeds enige tijd gekend. Ook inzake de palliatieve zorgverstrekking weet men dat het werken met multidisciplinaire teams tot een betere zorg voor de palliatieve patiënt leidt, dit zowel in een hospitaal- als in de thuissetting. (2, 4, 5, 21- 23) Deze bevindingen kunnen we eveneens terugvinden in zowel de NICE als de WHO richtlijnen. Deze laatste stellen dat het werken in een team een integraal onderdeel van palliatieve zorgverlening vormt. (24, 25) Tijdens deze samenwerking kunnen gezondheidsverzorgers uit verschillende disciplines van elkaar bijleren door het delen van ervaring en kennis. Het is een spontane manier van leren, maar over de plaats ervan in het navormingssysteem is weinig gekend.

1.2 Opzet van de studie

In deze masterproef gaan we na welke plaats het informeel interprofessioneel leren van de palliatief verpleegkundige (PV) heeft volgens de HA, naast de huidige bijscholingsmogelijkheden over palliatieve zorgverlening. Omdat er over het onderzoeksonderwerp niet veel gekend is, wordt er gekozen voor een exploratieve en kwalitatieve interviewstudie. Dit laat toe om onderzoeksvraag gedetailleerd te exploreren.

Voor deze studie wordt er gestreefd naar een grote differentiatie in het profiel van de deelnemende huisartsen zowel in leeftijd, geslacht, uitoefenende praktijkvorm als in geografische spreiding binnen Vlaanderen. Zij worden aan de hand van semigestructureerde interviews bevraagd naar hun ervaringen in de samenwerking met de palliatieve thuiszorgequipes, hun kennis over palliatieve zorgverlening, hun bijscholingstechnieken en hoe zij het interprofessioneel leren van de PV in de samenwerking met het palliatief team ondervinden.

De resultaten van deze studie zijn bekomen op basis van een beperkte steekproef en steunen op de persoonlijke ervaring van de bevraagde HA. Het spreekt het voor zich dat ze niet generaliseerbaar zijn naar grote bevolkingsgroepen. (40) Anderzijds kan deze studie wel een eerste stap vormen naar een onderzoek rond het informeel interprofessioneel leren in de samenwerking van de HA en de PV als leermethode om HA bij te scholen over palliatieve zorgverlening.

Deze masterproef kadert aan de eredoctoraatstudie van dr. Pype aan de UGent en de universiteit Antwerpen, die handelt over de interactie tussen huisartsen en verpleegkundigen van palliatieve thuiszorgequipes en hoe de samenwerking kan geoptimaliseerd worden door training van de verpleegkundigen.

1.3 Onderzoeksvraag

Om na te gaan welke plaats het interprofessioneel leren van de PV volgens de HA inneemt in het huidig navormingssysteem, worden volgende drie onderzoeksvragen vooropgesteld:

1° Hoe ervaren huisartsen het interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking?
2° Welke stimuli en/of barrières ondervinden HA om op het interprofessioneel leren van de PV beroep te doen?
3° Hoe kan het interprofessioneel leren in de palliatieve setting beter georganiseerd worden zodat meer HA er beroep op zouden doen?

2. Literatuurstudie

In onze literatuurstudie trachten we de termen ‘informeel’ en ‘interprofessioneel’ te definiëren om duidelijk te stellen waarover ze juist handelen. Interprofessioneel leren in de geneeskundige setting wordt in de literatuur omschreven als het leren dat ontstaat wanneer twee of meer zorgverleners van verschillende disciplines leren met, van en over elkaar om zo de samenwerking en de kwaliteit van zorg te verbeteren.(30) Het doel van interprofessioneel leren bestaat er dus uit de kwaliteit van patiëntenzorg en de samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines te verbeteren.(37) Om dit te bewerkstelligen dient men de grenzen van de vakgebieden te overschrijden, om zo tot een uitwisseling van elkaars ervaring, kennis en expertise te kunnen komen. (31) Een goed interprofessioneel leren is afhankelijk van hoe de zorgverleners van verschillende disciplines omgaan met het hun eigen leerproces alsook met dat van het team en de teamleden. (32) Dit houdt in dat om tot een goed interprofessioneel leren te komen, het belangrijk is om niet enkel verantwoordelijkheid op te nemen voor het eigen leren, maar ook voor dat van het team en de individuen die tot dat team

behoren. Wanneer alle leden van de groep betrokken zijn en aan bod komen in het interprofessioneel leerproces, kan met tot een efficiënt leren komen in en van het team. Andere studies opperen dat om tot een goede interprofessionele samenwerking en leren te komen er reeds een voorbereiding hierop dient plaats te vinden in de universitaire opleiding. (32) Studenten worden dan vanuit de opleiding reeds in contact gebracht met deze leervorm. Zo zijn de studenten meer bewust van hoe een groep functioneert en hoe ze hun kennis kunnen overbrengen aan het team. Op die manier kan het interprofessioneel leren later in de praktijk vlotter verlopen. (31, 32) Over wat van het individueel effect uit het interprofessioneel leren kan verwacht worden, is nog maar weinig gekend, omdat de focus van de voorafgaande studies voornamelijk op de invloed van het interprofessioneel leren op de samenwerking en de zorgverlening ligt.

Interprofessioneel leren kan plaats vinden in een formele setting en een informele setting. Formeel leren wordt gedefinieerd als het leren dat volgt vanuit een georganiseerde gebeurtenis, met de aanwezigheid van een tutor, waaraan een beloning of erkenning is verbonden en waarvan de leerstof duidelijk is afgelijnd. (33) Informeel leren werd vroeger aanschouwt als al het leren dat niet tot het formeel leren behoorde. In deze thesis hanteren we volgende definitie voor informeel leren: leren dat onbedoeld, opportunistisch en ongestructureerd is. Het vindt voornamelijk plaats in afwezigheid van een leerkracht en gebeurt vaak tijdens de handeling van het werk.(33) Dit informeel leren omvat een spectrum van leervormen die worden bepaald door de graad van bewustzijn en planning van het leren.(33) In dit spectrum kunnen drie belangrijke leervormen onderscheiden worden; 'implicit learning', 'reactive learning' en 'deliberative learning'. (33) Implicit learning kan beschreven worden als het vergaren van kennis zonder intentie om bij te leren en zonder dat men er zich van bewust is dat er zich een leerpoces voltrekt.(36) Deliberative learning kan gedefinieerd worden als gepland informeel leren dat vaak gebeurt aan de hand van een beslissingsproces, waarbij er probleem-oplossend te werk gegaan wordt. (33) Deze twee leervormen begrenzen het spectrum van informeel leren en tussen hen in kan je het reactive learning vinden. Dit laatste gebeurt bijna-spontaan en ongepland. De lerende is er zich van bewust, maar het intentionele karakter ervan kan variëren. (33) Van deze drie informele leervormen is het deliberative learning de meest efficiënte. (33) Door te beraadslagen over de kennis kan het men beter formuleren en dus verstaan. Hierdoor wordt de opgedane kennis beter opgeslagen. (33).

Informeel leren gebeurt vaak onbewust. De meerderheid van de mensen ziet dan ook geen verband tussen werken en leren. (34) Toch zeggen velen bij te leren uit ervaring, maar wat betekent dit juist? Een antwoord kunnen we vinden in Kolb's 'experiental-learning theory'. (38) Deze verklaart dat een concrete ervaring omgezet wordt door reflectie en observatie tot een absoluut concept. Dit wordt op zijn beurt door het actief te testen opnieuw omgezet tot een concrete ervaring. Er is dus een wisselwerking tussen het opdoen van ervaring en het omzetten ervan tot een idee, dat op zijn beurt terug omgezet wordt tot een ervaring enz.. Een punt van kritiek dat we kunnen geven op deze theorie is, dat ervaring en reflectie hier los staan van eventueel bijbehorende emoties of zintuigelijke waarnemingen. Wat in realiteit niet zo is. Een ander idee over leren uit ervaring komt van Schutz. Die omschrijft ervaring als een continue stroom, die opgedaan wordt in het ganse leven en dus niet bestaat uit één concreet moment. Vanuit deze stroom worden slechts een aantal ervaringen betekenisvol wanneer men er zich van bewust is en erover nagedacht wordt.(39) Ervaringen worden dus opgeslagen wanneer zo ook een impressie nalaten die tot nadenken leidt. Wanneer dit door het individu gedaan wordt, vormt dit een individuele reflectie, waarbij anderen een deel vormen van de ervaring.(35) Het

is slechts als het individu de ervaring ook beleeft en erover discussieert met anderen, dat het vormen van een persoonlijke reflectie gezien kan worden als een sociaal proces.(35) Dit laatste ziet men in het deliberative learning en valt te verkiezen boven het individueel persoonlijk reflecteren, omdat ze meer effectief is voor wat betreft het opdoen van kennis en het verstaan ervan.(33)

3. Methode

3.1. Onderzoeksopzet

In deze studie trachten we na te gaan welke de ervaring is van de huisarts om bij te leren over palliatieve zorgverlening in de samenwerking met de PV. Aangezien de kennis over dit onderwerp beperkt is, gaat de voorkeur uit naar een exploratieve studie. Dit laat toe nieuwe dimensies te ontdekken over de onderzoeksvraag. In het exploratieve karakter van deze studie vormt een kwalitatief onderzoek, aan de hand van semigestructureerde interviews, de meest geschikte onderzoeksstrategie. Zo kan waardevolle informatie onttrokken worden aan de onderzoekspopulatie, op een open en flexibele manier. Tijdens de afname van de interviews worden een aantal onderwerpen vooropgesteld, maar er wordt ook ruimte gelaten voor de respondenten om datgene in te brengen wat die relevant vinden. Zo kan de geïnterviewde bijvoorbeeld een nieuw thema introduceren waar de interviewer oorspronkelijk niet aan had gedacht. De respondent of geïnterviewde wordt hierbij beschouwd als expert van zijn situatie en moet bijgevolg de kans krijgen zijn eigen verhaal naar voor te brengen. (41)

Deze masterproef vormt een onderdeel van een interviewstudie geleid door drie onderzoekers. Elk van hen zal de afgenomen interviews vanuit een andere invalshoek analyseren, wat uiteindelijk drie verschillende thesisonderwerpen oplevert en dus drie verschillende masterproeven.

3.2. Deelnemers

3.2.1. Selectie van de deelnemers

De doelgroep van dit onderzoek bestond uit huisartsen met ervaring in het begeleiden van een palliatieve patiënt samen met een palliatieve thuiszorgequipe. Zij werden niet rechtstreeks door de onderzoekers gecontacteerd, maar via het palliatief netwerk waarmee zij samenwerkten. Dit om hun privacy te respecteren.

Om te beginnen werden er zes palliatieve netwerken geselecteerd uit een lijst van netwerken, die reeds deelnamen aan de eredoctoraatstudie van dr. Pype, op basis van hun geografische spreiding in Vlaanderen. Zij ontvingen allen een elektronische brief met informatie over de studie en de vraag tot deelname aan het onderzoek. (zie bijlage 1) Later werd er ook telefonisch contact opgenomen met de hoofdverantwoordelijke van het palliatieve netwerk om zo meer uitleg te geven over het studieopzet. Van de zes geselecteerde netwerken bleken er vijf bereid te zijn tot deelname. Eén netwerk nam liever niet deel aan de studie, omdat het reeds meewerkte aan een ander onderzoek en werd vervangen door het palliatief netwerk van Leuven. Dit palliatief equipe stond los van de

eerder vernoemde doctoraatstudie, maar werd omwille van logistieke redenen toch in de studie geïncludeerd. De lijst van de equipes die uiteindelijk deelnamen aan onze interviewstudie staan opgesomd in tabel 1.

Aan de palliatieve netwerken werd gevraagd huisartsen aan te spreken, die een terminale patiënt verloren hadden na een samenwerking met het netwerk tussen maart 2013 en mei 2013, om deel te nemen aan onze studie. Om dit bekomen kregen de netwerken een brief toegestuurd met informatie over het onderzoeksopzet van onze masterproef, die aan de HA kon meegegeven worden. (bijlage 2) Wanneer een huisarts akkoord was om deel te nemen aan de studie, werd die telefonisch gecontacteerd door de onderzoekers om het interview te regelen. De huisarts besliste zelf waar en wanneer het interview plaatsvond in de vooropgestelde periode van mei 2013 tot september 2013.

Uiteindelijk selecteerden de onderzoekers vier HA per netwerk, die bereid waren een interview te geven over hoe zij het leren uit de samenwerking met de PV ervaren. In totaal had dat 24 interviews moeten opleveren, maar omwille van een tekort aan deelnemende HA in het Waasland werden er dit 21. (tabel 1)

3.2.2. Kenmerken deelnemers

Bij de selectie van de HA werd er gestreefd naar een zo groot mogelijke differentiatie van hun leeftijd, geslacht en praktijkvorm waarin zij werkten. Een geografische spreiding van de onderzoekspopulatie werd bekomen door het selecteren van palliatieve netwerken uit verschillende gebieden in Vlaanderen, die dan de HA contacteerden voor deelname. De uiteindelijke onderzoekspopulatie bestond uit veertien mannelijke en zeven vrouwelijke HA, waarvan de leeftijden schommelden tussen de 33 en de 67 jaar. De meerderheid van de huisartsen werkten in een solopraktijk (n= 10). 5 van de huisartsen werkten in groepspraktijk en zes in een duo-praktijk. In tabel 1 staan de kenmerken van de huisartsen opgesomd.

Tabel 1: Kenmerken van de huisartsen per palliatief netwerk

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

3.3. Data verzameling

3.3.1. Een leidraad voor de vragen

In de volgende fase van het onderzoek werden de semi- gestructureerde interviews voorbereid aan de hand van een vragenlijst. Die diende als rode draad voor de interviewer, tijdens het vraaggesprek, om bepaalde thema's aan te kaarten. Tijdens het interview kon de respondent ook zelf thema's aanbrengen waaraan de interviewer misschien niet had gedacht.

Als eerste werd een 'topic'- lijst opgemaakt, die de hoofdthema's van het interview omvatte. De topiclijst was voornamelijk gebaseerd op het 'workplace learning'- model, weergegeven in bijlage 3, en bestond uit de volgende vier onderwerpen: 'GP as learner', 'PV as tutor', ' Learning Content' en ' Context of primary care'. Bij deze topics werden vragen bedacht, die de onderzoeker toeliet de vooropgestelde thema's uit te diepen tijdens het interview. Hierbij werd er voornamelijk gewerkt met open vragen, die naar eigen aanvoelen van de onderzoeker aangepast konden worden om zoveel mogelijk informatie van de respondenten te verkrijgen. Verder kwamen niet altijd alle vragen in elk interview aan bod, maar er werd wel voor gezorgd dat de vier hoofdthema's bij alle 21 respondenten bevraagd waren. De uiteindelijke vragenlijst kan teruggevonden worden in bijlage 4.

3.3.2. Afname interview

Vervolgens werd er overgegaan op het afnemen van de interviews. De 21 deelnemende huisartsen werden verdeeld, volgens het palliatief netwerk waarmee ze samenwerkten, over de drie onderzoekers. Aanvankelijk werden de HA per regio verdeeld over twee onderzoekers. Dit betekende dat elke onderzoeker min twee interviews afnam per regio's. Maar omwille van logistieke redenen werden alle HA in de regio Leuven door interviewer 2 bevraagd. Daarnaast kon onderzoeker 3 geen interviews afnemen in het Waasland door een tekort aan deelnemers. Uiteindelijk nam enkel interviewer 1 in de vier verschillende regio's interviews af en interviewer 2 en 3 slechts in drie regio's . In totaal nam onderzoeker 1: zeven interviews af, onderzoeker 2: acht en onderzoeker 3: zes. (tabel 1)

De interviews werden via bandrecorder opgenomen, zodat het niet nodig was gedurende het gesprek te noteren. De aandacht van de interviewer kon zo voluit gaan naar het interviewen zelf. Het opnemen van de interviews zorgde er tevens voor dat de kans op vertekeningen achteraf beperkt was. Elk interview duurde tussen de 30 en de 60 minuten

3.4. Data analyse

3.4.1. Transcriptie van de interviews

De interviews werden vervolgens woordelijk uitgeschreven zoals ze op de bandrecorder stonden. Dit gebeurde door de interviewer zelf. Het woordelijk uitschrijven van de interviews leverde een eerste bijdrage aan het „leren kennen" van de verzamelde data en vormde een opstap naar een meer diepgaande analyse. Elke transcriptie werd hierna door de interviewer samen met een andere onderzoeker nagelezen en vergeleken met de bandopnames, om de interne validiteit van het onderzoek te verhogen.

3.4.2. Thematische analyse

De data uit de interviews werd geanalyseerd door middel van thematische analyses. Dit is een fundamentele methode in het kwalitatief onderzoek, omdat ze toelaat binnen de verzamelde data thema's te identificeren en te analyseren. Hierbij staat de betekenis van de data centraal. Het doel van deze analysetechniek is dan ook om de inhoud en complexiteit van de data te begrijpen, eerder dan hoe frequent ze voorkomt. (41)

Elke onderzoeker trachtte na het lezen van de transcripties thema's te identificeren. Deze thema's konden aanzien worden als onderwerpen die doorheen de interviews vaak terugkwamen en een belangrijke betekenis hadden. Ze vormden dus naar het gevoel van de onderzoeker een thema binnen de verzamelde data. Hierna werd de data opnieuw gelezen, gecodeerd en teruggekoppeld aan een bijbehorend thema. Dit was geen lineair proces en vaak werden deze verschillende fases opnieuw doorlopen. Na het generen van thema's door elk van de onderzoekers apart, werd er getracht ze te 'mergen' tot één overkoepelde themalijst, die alle gecodeerde data kon omvatten.

De gegenereerde thema's waren niet altijd even duidelijk gerelateerd aan de vragen uit de topiclijst. Bijgevolg konden de theoretische interesse of vooropgestelde verwachtingen van de onderzoeker de bekomen thema's niet beïnvloeden. We kunnen dus stellen dat dit onderzoek data-gedreven was. (41)

3.5. Kwaliteitscriteria

3.5.1 Validiteit

Validiteit kan opgesplitst worden in interne en externe validiteit. (42) Interne validiteit betreft de deugdelijkheid van de argumenten (verzamelde gegevens) en de redenering (onderzoeksopzet en analyse) die tot de conclusies leiden. (42) Het nalezen en analyseren van de interviews gebeurde door meerdere onderzoekers, hierdoor verhoogde de interne validiteit van het onderzoek. Indien er ook een terugkoppeling van de interviews naar de deelnemers zou hebben plaatsgevonden, zou de kwaliteit van de argumenten beter geweest zijn. Maar omwille van de omslachtigheid ervan, vond dit in deze studie niet plaats.

De externe validiteit betreft de generaliseerbaarheid van de conclusies. (42) Aangezien het hier gaat om een exploratief onderzoek, vormt de generaliseerbaarheid van het onderzoek op zich geen te behalen doel. De klemtoon ligt eerder op de ervaringen en beleving van de huisartsen. Deze zijn persoonlijk en kunnen niet gegeneraliseerd worden. Wel werd er in deze studie voor gezorgd dat de deelnemers qua geografische spreiding, persoonlijke kenmerken (zoals geslacht en leeftijd) en praktijkvorm waarin ze hun beroep beoefenen variëren, om zo de externe validiteit te verhogen. Verder kan gesteld worden dat het klein aantal deelnemers de externe validiteit niet ten goede komt.

3.5.2. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid als reproduceerbaarheid wordt niet als een kenmerk van kwalitatief onderzoek aanschouwt. (43) Dit in tegenstelling tot het kwantitatief onderzoek waarbij de conclusies en gegevens als vaststaand worden beschouwd. (43) De resultaten van dit onderzoek kunnen dan ook niet in een tweede onderzoek gerepliceerd worden, maar dit werd niet tot doel genomen.

3.5.3. Ethische kwesties

Elke deelnemer was op de hoogte van het opzet en verloop van het onderzoek en dienden allen een 'informed consent' te tekenen. (bijlage 5) Door deze te ondertekenen gaven de huisartsen uit onze studie, de toestemming tot deelname aan het onderzoek. Voor alle deelnemers werd de anonimiteit verzekerd. Dit geldt tevens voor het gebruik van citaten om de resultaten te illustreren.

4. Resultaten

Op basis van de thematische analyse werden 8 hoofdthema's gegenereerd (zie tabel 2). Ze werden onderverdeeld in 2 hogere orde thema's om tot een betere onderbouwing te komen. In deze thesis gaan we dieper in op de thema's die vallen onder 'Huisarts als lerende in de samenwerking met de PV'. Daarnaast worden ook kort een aantal thema's besproken over de 'ervaring van de huisarts in de samenwerking met de PV' om zo een breder beeld te kunnen schetsen van de samenwerking volgens de HA en welke invloed het heeft op het interprofessioneel leren.

Tabel 2: Clustering Thema's

Hogere orde thema	Hoofdthema
Ervaring van de huisarts in de samenwerking met PV	Comfort voor de HA in samenwerking met de PV
	Rolverdeling tussen HA en PV
	Emotionele zorgverlening
	Communicatie tussen HA en PV
Huisarts als lerende in de samenwerking met de PV	Ervaring en kennis van de huisarts
	Leren van de PV
	Vertrouwen van de HA in de PV
	Bijleren en onthouden

4.1. Ervaring en kennis van de huisarts

In dit thema gaan we na hoe groot de kennis van de bevraagde huisartsen omtrent de palliatieve zorgverlening is en hoe ze omgaan met een mogelijk kennistekort.

Om een beeld te krijgen van hoe de HA in onze studie hun kennis over palliatieve zorgverlening ervaren, worden vragen gesteld zoals: " Vindt u dat u over voldoende kennis beschikt om een palliatieve patiënt te begeleiden?" "Wat leert u uit de opleiding over palliatieve zorgbegeleiding?", "Hoe ervaart u uw kennis in palliatieve zorgbegeleiding?". Zowat alle artsen antwoorden dat zij niet over voldoende kennis beschikken na het afstuderen als HA. Velen van hen vinden dat ze vanuit de opleiding niet voldoende voorbereid zijn om een palliatieve patiënt te begeleiding. Eén huisarts vermeldt dat dit gebrek aan kennis erg confronterend is wanneer die een palliatieve patiënt moet begeleiden. De oudere generatie HA in onze studie heeft het over een absoluut kennistekort vanuit de opleiding. Terwijl de jongere generatie wel over palliatieve zorgbegeleiding geleerd heeft op universiteit, maar zij vinden dat wat er geleerd wordt niet volstaat om een terminale patiënt te kunnen begeleiden.

Een oudere arts vertelt: *"Ik ben er mij heel bewust van dat ik eigenlijk niets van opleiding omtrent palliatieve zorg gehad heb. Pakweg 35 jaar geleden was dat niet aan de orde. Iedereen deed wat hij goed vond, naar Gods wil en vermogen, maar ook naar karakter. Nu zijn daar bepaalde protocollen in ontwikkeld."*

Op de vraag hoe de HA omgaat met een mogelijk kennistekort en welke leermethodes die hanteert om over de palliatieve zorg bij te leren, antwoorden zowat alle HA hierover navormingen te volgen of opzoekingen te doen in de bestaande literatuur. Een kleiner aantal van de HA zegt ook informatie in te winnen op het internet of bij een collega- HA of collega-specialist. Daarnaast vermelden een aantal van de artsen dat zij kennis op doen uit ervaring volgens het principe 'Al doende leert men'. Als we navragen wat er al doende geleerd kan worden, blijkt het niet gemakkelijk te zijn om dit te duiden. Uit de interviews kunnen we afleiden dat het eerder gaat over de aanpak van emotionele, acute of andere situaties. Slechts één van de 21 HA tracht ook informatie over palliatieve zorgbegeleiding in te winnen van de PV in hun samenwerking.

"Je kan bijleren door zaken op te zoeken, artikels te leren, cursussen te volgen. Ervaring is ook heel belangrijk. Daar leer je misschien nog het meest van bij."

Wanneer er dieper ingegaan wordt op de onderwerpen waarover HA zich onzeker voelen en waarover ze meer willen bijleren, zien we dat het voornamelijk medicamenteuze zaken zijn. Veel van de HA zeggen tijdens de palliatieve zorgbegeleiding het nodig vinden om dossages, nevenwerkingen en mogelijke combinaties van geneesmiddelen op te zoeken, omdat hun kennis hierover niet volstaat. Het is ook duidelijk dat vele van deze HA hierbij geen leereffect ondervindt en dat ze bij elke begeleiding opnieuw deze medicamenteuze aspecten moeten opzoeken.

"Ik neem toch altijd een stukje mee. Maar inzake medicatie is dat toch iedere keer opnieuw en opnieuw bekijken."

In onze studie zijn er ook HA die niet alleen beroep doen op de bijscholingen of de literatuur over palliatieve zorgbegeleiding om een kennistekort op te vangen, maar zij gebruiken deze leermogelijkheden ook om 'up to date' te blijven over de palliatieve zorg thuissetting.

4.2. Leren van de palliatief verpleegkundige

Interprofessioneel leren houdt in dat medewerkers van verschillende disciplines van elkaar leren tijdens hun samenwerking. In dit thema bespreken we hoe de huisartsen het ervaren om interprofessioneel bij te leren van de PV. Dit doen we vanuit twee standpunten: enerzijds willen we weten hoe de huisarts zich als 'lerende' opstelt ten opzichte van de PV en anderzijds willen we nagaan hoe de HA de PV als 'tutor' ervaart.

De meerderheid van de artsen vindt het geen probleem om advies te krijgen van of om raad te vragen aan de PV. Velen van hen zeggen dat de PV over meer kennis beschikt dan zijzelf inzake palliatieve zorgverlening en staan daarom open voor hun mening tijdens de palliatieve begeleiding. Het vragen of krijgen van advies verloopt bij de meerderheid van de HA niet volgens een één-richtingsproces. Voor velen is het een aanzet tot het voeren van verdere besprekingen over de situatie waarbij beslissingen uiteindelijk in overleg zullen genomen

worden. We zien ook dat verschillende HA het vragen van advies aan elkander, als een teken van respect aanschouwen voor elkaars deskundigheid.

"Die mensen zijn daar elke dag mee bezig, dus zij weten goed met wat ze bezig zijn. Wij hebben niet elke week zo'n patiënt, dus er zijn toch veel dingen die je kan bijleren. Je moet er natuurlijk wel voor opstaan. Je mag niet de attitude hebben van ik ben hier 'den dokter' en ik ga dat hier eens zeggen. Dan leer je niets bij en dat is natuurlijk jammer. Een gemiste kans eigenlijk, want vanuit onze opleiding hebben we eigenlijk niets geleerd. Dus het moet uit de ervaring en bijscholing komen. Maar dan nog zijn zij meer up to date over dan ons en weten zij beter wat er nu gangbaar is en dus kan je altijd van hun bijleren."

Eén huisarts uit onze studie vindt het moeilijk om advies te vragen aan de PV. Dit omdat het een confrontatie is met een eigen kennistekort inzake palliatieve zorgverlening. Desondanks is ook deze arts tevreden over de kennis van de PV en vindt die het nuttig om er beroep op te doen. De arts zegt zoveel mogelijk ervaring op te doen en informatie te verzamelen vanuit de navormingen en de literatuur, om zo haar kennis te vergroten en in de toekomst meer beslissingen te kunnen nemen zonder de hulp van de PV.

"Het is moeilijk omdat je met je neus op de feiten gedrukt wordt dat je eigenlijk de arts bent die het moet voorschrijven, maar eigenlijk de kennis niet altijd hebt. Het is wel confronterend om te merken dat je dat team nodig hebt, omdat je kennis niet toereikend is op dat moment."

Als we vragen op welke momenten in de palliatieve begeleiding de HA beroep doen op de kennis van de PV, zien we dat dit het vaakst gebeurt wanneer het palliatief beleid aangepast moet worden. Vragen die de HA stellen zijn hierbij voornamelijk medicamenteus van aard en kunnen gaan over dosisaanpassingen, wijziging van medicatie, mogelijke combinaties van medicamenten, de bijwerkingen van geneesmiddelen, de symptoomcontrole en het opstarten en aanpassen van een pijnpomp. Hiernaast zeggen de HA ook vragen te stellen over praktische zaken in de palliatieve begeleiding, zoals het leveren van bepaalde materialen, wondzorg, e.a.…

Tot hier toe lag de nadruk voornamelijk op hoe de HA zich als lerende opstelt tijdens interprofessioneel leren van de PV. Nu gaan ook eens na hoe zij de PV als 'tutor' ervaren in dit leerproces. Dit doen we aan de hand van volgende vragen "Vindt u dat de PV over voldoende kennis beschikt om op uw vraag te antwoorden?" en "Vindt u dat zij openstaan om antwoord te geven op uw vragen?". Ook hier zien we dat de meerderheid van de HA positief antwoordt. Velen van hen hebben het gevoel dat de PV openstaat voor hun vragen en er een antwoord op tracht te formuleren. De HA uit onze studie vinden het dan ook niet moeilijk om vragen te stellen aan de PV. Daarnaast is een belangrijk deel van de HA tevreden over het antwoord dat zij krijgen van de PV en vinden ze dat de PV over voldoende kennis beschikt om hen te begeleiden.

"Ik ervaar dat zij dat appreciëren dat wij hen erkennen als deskundigen en wij ook meestal een deskundig antwoord krijgen. We hebben dus een zeer goede ervaring ook in hun houding ten opzichte van ons. Zij stellen zich niet op als wij zijn hier de palliatief deskundige. Iedereen wordt in zijn waardigheid gelaten".

Oudere HA merken wel op dat er een duidelijk verschil is in de samenwerking nu ten opzichte van vroeger. Nu verloopt de samenwerking met de PV volgens de HA heel vlot en gemakkelijk,

zonder dat zij hierbij drempels ondervinden om advies te vragen. Ze vinden ook dat de PV openstaat om op hun vragen te antwoorden en hen te begeleiden. Dit in tegenstelling tot vroeger, toen er een soort van rivaliteit heerste tussen de HA en het palliatief team en ieder zijn eigen visie over de begeleiding wou opleggen aan de patiënt. Volgens de HA heeft deze positieve evolutie ervoor gezorgd dat men nu vlot kan samen- werken en samen overleggen over het palliatieve beleid, waarbij iedereen bij elkaar advies kan inwinnen en van elkaar kan leren.

4.3. Vertrouwen van de huisarts in de PV

Een belangrijke factor in een samenwerking is het vertrouwen in elkaars deskundigheid. Ook in het interprofessioneel leren is het vertrouwen in elkaars kennis en ervaring onmisbaar. In dit thema gaan we dieper in op hoe groot het vertrouwen van de HA is in de kennis en de deskundigheid van de PV.

Een duidelijke meerderheid van de artsen vertrouwt in de kennis van de PV. Velen van hen vinden ook dat de PV over meer kennis beschikt inzake palliatieve zorgverlening dan zijzelf en zien hen als 'specialist' in het domein van palliatieve zorgverlening. Eén huisarts vermeldt zelfs meer vertrouwen te hebben in het oordeel van PV dan wat er in de literatuur beschrijven staat.

"Ik voel me absoluut geholpen door hen als ik een vraag stel. Je merkt dat zij daar dagdagelijks mee bezig zijn en daarom ook heel veel weten over hoe palliatief begeleiden."

Als we de huisartsen specifiek bevragen over het verschil in vertrouwen tussen de PV en de thuisverpleegkundige in de palliatieve begeleiding, merken we dat de bevraagde HA duidelijk meer vertrouwen hebben in de deskundigheid van de PV dan in die van de thuisverpleegkundige. Zowat alle huisartsen zijn het hier over eens dat enkel de PV geschikt is om samen met de HA de palliatieve patiënt te begeleiden. De thuisverpleegkundige is onmisbaar voor het verlenen van de dagdagelijkse zorgen aan de patiënt, maar kan de PV niet vervangen, omdat zij niet over de nodige kennis beschikken inzake palliatieve zorgverlening. Daarnaast ondervindt de HA duidelijk een verschil in ziekte-inzicht tussen de thuisverpleegkundige en de PV. De HA zeggen enkel te durven afgaan op de inschatting van de PV over de ziekte- toestand van de patiënt en dringendheid ervan.

"Van de thuisverpleging merk ik toch dat ze iets minder die situatie op het einde kunnen inschatten. Terwijl als ik weet dat er iemand van het palliatief team de patiënt gezien heeft, dan weet ik ook wel van oké, het zit effectief zo. Of als dan de vraag komt van we moeten toch meer dat of dat gaan aanvullen, maakt dat ik er vrede kan mee nemen dat het telefonisch is, terwijl ik anders zoiets heb van mij ga toch maar eens gaan zien."

We vroegen de artsen ook of er een verschil in vertrouwen is tussen de kennis van de PV over palliatieve zorgverlening en die van de equipearts. Slechts een minderheid van de HA antwoordt hierop meer vertrouwen te hebben in de kennis van de equipearts. Dit komt voornamelijk tot uiting wanneer deze HA vragen hebben over het medicamenteuze aspect van de begeleiding. De reden hiervoor is, dat ze het gevoel hebben dat de equipearts meer bekwaam is om hen hierover te adviseren.

"Alhoewel het eigenlijk niet zou mogen, zelfs als de verpleegkundige heel goed weet hoe of wat. Maar om de één of andere reden denk ik de informatie van de equipe arts toch altijd nog iets hoger in te schatten, al mag ik het niet zo scherp stellen. In de zin van ik luister wel naar de

PV, omdat ik weet dat de expertise van het team en de arts daar wel achter zit. Maar laat mij zeggen, als twee mensen tegelijkertijd informatie geven, dat ik dan wel de arts ga volgen."

De meerderheid van de HA doet geen beroep op equipearts en vertrouwt volledig op de kennis van de PV. Ook wanneer de PV hen geen antwoord kan geven en hun vraag moet doorspelen aan de equipearts, zeggen de HA tevreden te zijn over hen deskundigheid. De reden die de HA hiervoor geven, is dat ze het als positief ervaren dat de PV zijn limiet kent en dat ze via het doorspelen van de vraag de huisarts toch van dienst proberen te zijn.

Slechts één HA vermeldt ooit een conflict in mening tussen de PV en equipearts te hebben meegemaakt. Dit was voor de HA in kwestie een negatieve ervaring, omdat die niet het gevoel had voldoende steun te krijgen van het palliatief team. Wat de begeleiding van de terminale patiënt niet ten goede kwam. De HA zegt hierbij vertrouwen te hebben in zowel de PV als de equipearts, maar niet in hen als team en vond het moeilijk een beslissing te nemen aangezien beiden een ander advies gaven.

Naast het vertrouwen in de deskundigheid, de kennis en het inzicht van de PV, melden vele HA een groot vertrouwen te hebben in de communicatieve vaardigheden van de PV. Zij vinden dan ook dat de PV meer geschikt is dan zijzelf om zowel de patiënt als diens familie emotioneel te ondersteunen.

4.4. Bijleren en onthouden van de huisarts uit de samenwerking met de PV

Bijleren van en onthouden uit het interprofessioneel leren van de huisarts in zijn samenwerking met de PV, vormt een belangrijk thema binnen deze thesis. Het leert ons iets bij over hoe efficiënt de bevraagde HA deze leermethode vinden.

De HA uit deze studie zijn het er unaniem over eens zij een leereffect ondervinden uit het interprofessioneel leren in de samenwerking met de PV. Velen van hen vinden dat deze leermethode een meerwaarde kan vormen naast de meer formele leerstrategieën om bij te leren over palliatieve begeleiding, op voorwaarde dat de HA er zich voor openstelt.

"Je leert elke keer wat bij op alle vlakken. Elke ervaring is een verrijking. En uit elke begeleiding leer je iets bij. Je kan veel van de equipe leren. Ze zijn er om vragen te stellen, dus je kan en moet dat ook zeker doen."

Over wat er juist bijgeleerd kan worden, krijgen we vaak geen concreet antwoord. De meerderheid van de HA vindt het niet eenvoudig om uit te leggen wat zij juist bijleren en onthouden van het interprofessioneel leren van de PV. De HA die er wel in slagen een antwoord te formuleren, vinden dat zij voornamelijk bijleren over hoe ze moeten omgaan met bepaalde situaties die zich voordoen in de palliatieve begeleiding. Hoewel de meeste HA beroep doen op de medicamenteuze kennis van de PV, zeggen ze hiervan geen leereffect te ondervinden. Zo vertellen vele HA steeds opnieuw dossages, indicaties, combinaties en nevenwerkingen van de gebruikte geneesmiddelen te moeten opzoeken.

"Zeker, ik heb al veel geleerd uit die situaties. Al veel ervaring op gedaan. Wij maken dat ook niet wekelijks mee zo'n situaties en het is moeilijk om elke keer opnieuw die dossages op te rakelen. Daarom is het ook goed van een deskundige bij de hand te hebben. Zo maak je ook

geen fouten die je niet had moeten maken. 't Is een kwestie van u open te stellen voor hun deskundigheid. Maar iedere keer leer ik eruit en hou ik er iets aan over voor de volgende situatie."

We vroegen de huisartsen of er ook overlegmomenten met de PV gepland worden tijdens of na de begeleiding van een palliatieve patiënt. Bij de meerderheid van de artsen worden de overlegmomenten niet systematisch georganiseerd, maar zijn ze situatie-afhankelijk. Voornamelijk in crisissituaties, waarbij belangrijke zaken moet besproken worden of wanneer niet iedereen op dezelfde lijn zit inzake de palliatieve begeleiding, zullen de HA en de PV met of zonder de patiënt en diens familie samen komen om de situatie te bespreken. Tussentijds hebben veel van de HA ook telefonische overlegmomenten met de PV. Een evaluatie van de zorgverlening vindt dus meestal plaats tijdens die telefonische contacten en in crisissituaties. Wanneer de samenwerking ten einde loopt wordt er bij de meerderheid van de artsen geen finaal evaluatiemoment georganiseerd. Toch menen vele HA dat indien zij dit zouden wensen dit wel mogelijk zou zijn.

"Nee, er wordt achteraf niet besproken. Meestal hebben we wel nog contact met de familie. Ik weet wel dat het palliatieve team meestal d 'office nog een keer langsgaat, maar dan hebben wij geen overleg meer."

Als we vragen aan de HA of ze het interprofessioneel leren over palliatieve zorgverlening van de PV in een samenwerking zouden aanraden aan hun collega's, zien we dat alle artsen uit onze studie het een efficiënte leermethode vinden, die ze zeker zouden aanraden aan hun collega's. Op de vraag hoe het interprofessioneel leren over palliatieve zorg in de toekomst zou moeten georganiseerd worden, is de meerderheid van de HA het over eens dat ze enkel een plaats heeft in de praktijk. Geen van de HA vindt het een goed idee om deze leermethode te integreren in het curriculum om de studenten geneeskunde bij te leren over palliatieve zorgverlening. Wel vinden ze het interessant om vanuit de opleiding de studenten bewust te maken van het palliatief team en diens mogelijkheden, zodat die later openstaan voor een mogelijke samenwerking met en interprofessioneel leren van de PV.

"Ho, ik vind niet dat we dit academisch moeten maken. Je moet u als jong arts zelf bijscholen. De mogelijkheden zijn er. Je kan u in al uw interesses bijscholen. Ook voor palliatieve zorg. Er bestaan bijscholingen, boeken, artikels, van alles. Maar je moet het zelf doen. Niet alles moet op een plateau aangeboden worden door de unief. En als je afgestudeerd bent, heb je nog 40 jaar om bij te leren."

4.5. Comfort voor de huisarts in de samenwerking met de PV

Hoewel dit thema veeleer handelt over de samenwerking tussen de HA en de PV en niet zozeer over het interprofessioneel leren van de PV, is het toch interessant om het aan de resultaten toe te voegen. Dit omdat het iets zegt over waarom de huisarts een palliatief team zal inschakelen en welke voordelen die ervan ondervindt. Zo kunnen we op een onrechtstreekse manier nagaan of de kennis van de PV hierin een rol speelt.

Op de vraag wat huisartsen als positief ervaren aan de samenwerking met de PV, antwoorden een meerderheid van de bevraagde huisartsen dat dit hun kennis van materialen zoals matrassen, pijnpompen, e.a. is, alsook hun kennis van medicatie. Velen van hen zien dit als een

meerwaarde in de begeleiding van de palliatieve patiënt en het motiveert hen om het palliatief team in te schakelen.

"Zij hebben veel verstand van de meer praktische zaken. Zoals het gebruik van een alternating matras en waar je dat het best haalt of aanvraagt. Ook in medicatie zijn zij meer thuis. Zij weten beter welke medicatie helpt wij bepaalde symptomen. Ook in het combineren van medicatie. Het is niet eenvoudig om te weten wat met wat mag gecombineerd worden en in welke dosis. Zij zijn daar beter van op de hoogte."

Door het kunnen bespreken van de begeleiding met de PV, ondervinden de HA dat de verantwoordelijk gedeeld wordt tussen de HA en de PV. Hierdoor voelen de HA zich minder beladen in deze toch wel zware zorgverlening.

Dat lucht op hé, dat je dan toch een keer met iemand anders hebt kunnen overleggen. Zeker in de palliatieve setting biedt dat team dat wel. Zodat je er toch niet alleen voor staat en alleen beslist. Maar ook dat de familie niet alleen u heeft, maar ook dingen aan iemand anders kan vragen.

Daarnaast meldt een groot deel van de huisartsen tevreden te zijn over de bereikbaarheid van de PV. Dit is voornamelijk een voordeel in acute situaties, waarbij de HA zelf geen opzoekingen kan doen, maar waarbij ze wel de PV kunnen contacteren voor advies. Daarnaast zorgt het palliatief team voor een goede continuïteit ook in het weekend en op verlofdagen, hierdoor hebben een aantal huisartsen het gevoel dat ze een stapje terug te kunnen nemen zonder dat dit de palliatieve begeleiding negatief beïnvloedt.

"Ze zijn altijd bereikbaar, dag en nacht... Meestal telefonisch, soms per mail. Wij proberen dan op onze beurt ook altijd telefonisch bereikbaar te zijn. Ze krijgen ook ons gsm-nummer mee, wat wij niet aan de patiënt geven. Anders is er helemaal geen privacy meer. Daarnaast is ook rechtstreekse communicatie bij de patiënt mogelijk, zondig op een afgesproken tijdstip... Zij brengen ook vaak spontaan verslag uit, telefonisch, waarbij praktische zaken kunnen besproken worden, net als bepaalde evoluties."

Als laatste wordt door bijna alle artsen het emotioneel begeleiden van de patiënt en diens familie door de PV als een belangrijk pluspunt aangehaald.

4.6. Rolverdeling tussen HA en PV volgens de huisarts

Ook dit thema is niet rechtstreeks verbonden met het interprofessioneel leren van de huisarts. Toch is het waardevol om kort te bespreken, omdat het toelaat na te gaan of er een mogelijk verband is tussen de rolverdeling volgens de HA in de samenwerking met de PV en hoe de huisarts zich opstelt als lerende in deze samenwerking.

Uit de interviews kunnen we afleiden dat er twee grote opvattingen bestaan over de rolverdeling tussen de HA en de PV tijdens de palliatieve begeleiding. Dit gaat voornamelijk over het verdelen van de leidinggevende functie. Een kleine meerderheid van de HA ziet zichzelf als de eindverantwoordelijke en neemt dan ook de leidinggevende functie op zich. Zij hebben het gevoel dat zij de eindbeslissingen moeten nemen over het palliatief beleid en zeker op medische aspect ervan.

"Ik ben de eindverantwoordelijke ook ten opzichte van medicatie. Ik moet uiteindelijk zeggen wat we gaan doen en voor welke medicatie we gaan. Ik volg daar ook bijscholing rond. Maar natuurlijk kan de verpleging van PANAL ook altijd suggesties doen. Dat is ook goed, want wij hebben niet elke dag palliatieve patiënten. Dus we vergeten dan een beetje."

De huisartsen die zichzelf niet als eindverantwoordelijke aanschouwen, zeggen dat er in de samenwerking met de PV geen echte leidinggevende persoon aanwezig is. De beslissing worden in samenspraak genomen en afhankelijk van de situatie zal of de HA of de PV meer initiatief in de palliatieve begeleiding.

"Ik denk dat wij eerder proberen ons naast elkaar op te stellen en ons zeker niet op te stellen zijnde 'ik ben hier nu den dokter'. Ik denk ook dat dit een fout startpunt zou zijn van een goede samenwerking. Het is belangrijk dat we alles met elkaar kunnen overleggen. Maar zonder hiërarchie. Er zal natuurlijk altijd iemand meer een coördinerende rol op zich nemen en dus meer leider zijn afhankelijk van de situatie is. Maar dit altijd vanuit een gelijkwaardig standpunt."

Als we kijken of de verschillende visies over de verdeling van de leidinggevende functie ook leiden tot een verschil in attitude van de HA als 'lerende' in de samenwerking, kunnen we concluderen dat er duidelijk aanwezig is. Hoewel alle HA zeggen open te staan om bij te leren van de PV en beroep te doen op hun kennis, zien we dat HA die de eindverantwoordelijkheid op zich nemen eerder geneigd zijn zelf opzoekingen te doen of advies te vragen aan een collega. HA, die niet de leidinggevende functie op zich nemen, zullen even gemakkelijk advies vragen aan de PV als dat zij het antwoord zelf gaan opzoeken.

4.7. Emotionele zorgverlening volgens de huisarts

Voor patiënten en hun familie, maar ook voor de zorgverleners is de palliatieve begeleiding een emotioneel beladen proces. De huisartsen uit onze studie zijn het er allen over eens dat naast het verlenen van comfortzorg de emotionele begeleiding ook een belangrijk aspect in het palliatief takenpakket is. Maar allen achten de PV meer bekwaam dan zichzelf om dit op zich te nemen. Veel artsen vinden dat de PV over betere communicatievaardigheden en een psychologisch inzicht beschikken en dus een betere emotionele begeleiding kunnen aanbieden. Slechts een minderheid van de artsen zal de psychologische en emotionele begeleiding van de patiënt op zich nemen.

"Palliatieve begeleiding is heel breed en vaak erg emotioneel beladen. Zij zijn erg goed in het omgaan met die emoties en het kaderen ervan. Zij bespreken gemakkelijk hoe de patiënt zich voelt, wat die wel of niet meer wil laten doen. Begrijp je? Ze maken dingen bespreekbaar. En in zo' situatie is het soms moeilijk om over bepaalde dingen te spreken, maar zij brengen dit aan en maken het zo bespreekbaar voor de patiënt en de familie. Als huisarts alleen is het moeilijk om dat allemaal te bevatten, het medische en het psychologische aspect."

De meerderheid van de artsen voelt zich niet geschikt om de emotionele zorg op zich te nemen, maar voelt ook niet de nood zich hierover bij te scholen omdat ze vinden dat dit meer tot het takenpakket van de PV behoort. Slechts een minderheid van de artsen zal hieromtrent vragen stellen aan de PV.

5. Discussie

In deze thesis gingen we uit van volgende drie onderzoeksvragen om na te gaan welke plaats het informeel interprofessioneel leren in de samenwerking van de huisarts en de palliatief verpleegkundige in de thuissetting heeft volgens de huisarts, naast de bestaande navormingen:

1° Hoe ervaren huisartsen het informeel interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking met de PV?

2° Welke stimuli en/of barrières ondervinden HA om op het interprofessioneel leren van de PV beroep te doen?

3° Hoe kan het interprofessioneel leren in de palliatieve setting beter georganiseerd worden zodat meer HA er beroep op zouden doen?

5.1 Hoe ervaren huisartsen het informeel interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking met de PV?

Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag komt sterk overeen met wat er reeds in de literatuur beschreven staat. Vele huisartsen zijn zich niet bewust van een mogelijk leereffect in de samenwerking met de PV. Op de vraag hoe zij kennis trachten te verwerven over palliatieve zorgverlening, halen velen in eerste instantie de meer formele leermethodes aan; nalezen van literatuur, opzoeken op het internet en het volgen van lezingen over palliatieve zorg. Een kleiner aantal van de HA zegt ook bij te leren uit ervaring. Hierbij wordt de ervaring niet gedeeld met anderen, wat maakt dat het een individueel proces waarbij anderen slechts deel uitmaken van de ervaring. Zoals reeds vermeld in de literatuurstudie is deze manier van leren ondergeschikt aan het deliberative learning, omdat het minder efficiënt is. Slechts één van de HA antwoordt op deze vraag ook bij te leren van de PV. Het is pas als we de HA specifiek navragen of zij ook advies inwinnen en kennis opdoen van de PV in hun samenwerking, dat zij het interprofessioneel leren van de PV tijdens de palliatieve begeleiding erkennen. De HA in deze studie doen voornamelijk beroep de medicamenteuze kennis van de PV. Dit kan gaan over gaan over dosisaanpassingen, wijziging van medicatie, mogelijke combinaties van medicamenten, de bijwerkingen van geneesmiddelen, de symptoomcontrole en het opstarten en aanpassen van een pijnpomp. Hiernaast worden ook over de praktische zaken van palliatieve zorgverlening advies gevraagd aan de PV.

Het krijgen en vragen van advies aan de PV is geen eenrichtingsproces die loopt van de PV naar de HA. Integendeel, het vormt vaak de aanzet tot een overlegmoment tussen de HA en de PV, waarbij beiden hun meningen besproken kunnen worden. Het overleg gebeurt vaak terloops in de palliatieve begeleiding en via de telefoon. In crisissituaties wordt er ook soms afgesproken voor een persoonlijk overleg tussen HA en PV met of zonder de patiënt en diens familie. Deze manier van leren valt onder het ‘deliberative learning’. Het vindt plaats in geplande overlegmomenten waarbij beslissingen gemaakt worden aan de hand van een probleem-oplossend proces.(33) Deze leermethode is erg efficiënt en valt te verkiezen boven het individueel leren uit ervaring, omdat men door het discussiëren over de kennis een betere controle ervan verkrijgt.

We kunnen dus stellen dat het interprofessioneel informeel leren, van de HA in de samenwerking met de PV voornamelijk een 'overleggend' karakter aanneemt en dat , ondanks het feit dat het vaak onbewust gebeurt, vele er een leereffect uit ondervinden. Dit leereffect is voor veel HA niet makkelijk te duiden. Het zou voornamelijk leiden tot een betere voorbereiding om met bepaalde situaties in de palliatieve zorgverlening om te gaan.

5.2 Welke stimuli en/of barrières ondervinden HA om op het interprofessioneel leren van de PV beroep te doen?

Via de tweede onderzoeksvraag trachten we de redenen te ontdekken, waarom huisartsen al dan niet beroep doen op het interprofessioneel leren van de PV in hun samenwerking. Als eerste willen we nagaan welke stimuli de HA ondervinden om kennis op te doen van de PV in de palliatieve samenwerking. De belangrijkste motivaties worden hier opgesomd; 1) een vlotte communicatie en goede bereikbaarheid van de PV, 2) een vertrouwen in de kennis, de deskundigheid en het ziekte-zicht van de PV, 3) een positieve attitude van HA als lerende in de samenwerking, 4) een positieve attitude van PV als tutor ten opzichte van de HA en 5) de gedeelde verantwoordelijkheid.

HA nemen door de vlotte communicatie en de goede bereikbaarheid van de PV, makkelijk met hen contact op. Dit stimuleert de hen om advies te vragen aan de PV. Zeker in acute situaties waarbij de HA zelf geen tijd heeft om opzoekingen te doen, vindt die het belangrijk om op de kennis van de PV beroep te kunnen doen.

Wanneer huisartsen een goed vertrouwen hebben in de kennis, de deskundigheid en het ziekte-inzicht van de PV, zijn ze meer bereid om er van bij te leren. De meerderheid van de huisartsen vermeldt het gevoel te hebben, dat de PV over meer kennis beschikt inzake palliatieve zorgverlening dan zijzelf. Ze zien hen vaak als 'specialist' in de palliatieve zorgverlening en voelen zich comfortabel om hen advies te vragen. Daarnaast is de meerderheid van de HA tevreden over het antwoord dat zij krijgen op hun vragen en voelen ze zich door de PV geholpen. Ook wanneer de PV niet onmiddellijk een antwoord kan geven en zelf navraag moet doen bij de equipearts, zeggen HA tevreden omdat ze ook op die manier tegemoetgekomen voelen. Slechts een minderheid van de artsen heeft meer vertrouwen in de kennis van de equipearts en dit voornamelijk op medicamenteuze aspect van de palliatieve zorgverlening. Deze artsen zeggen daarom minder vaak beroep te doen op de kennis van de PV. Ook hebben de HA vertrouwen in het inzicht van de PV in de ziektetoestand van de patiënt. De artsen durven af te gaan op de mening van PV hieromtrent zonder het gevoel te hebben dit te moeten controleren. We kunnen dus stellen dat een goed vertrouwen in de kennis van de PV essentieel is voor de HA om erop beroep te doen.

De meerderheid van de HA uit deze studie ondervindt geen drempel om zich als lerende op te stellen in de samenwerking met de PV. Zij lijken ook geen moeilijkheden te ondervinden om vragen te stellen aan de PV of om van hen advies te aanvaarden. Wel geven de HA aan, dat wanneer men zich niet kan openstellen om bij te leren van de PV het interprofessioneel leren moeilijk tot onmogelijk zou zijn. Daarnaast zien we dat de HA ook het gevoel hebben dat zij vragen mogen en kunnen stellen aan de PV. Hierdoor laten ze zich graag door de PV begeleiden. We kunnen concluderen dat een positieve attitude van zowel de HA als van de PV

ten opzichte van het interprofessioneel leren, vereist zijn om het leren uit de samenwerking mogelijk te maken.

De laatste stimulans die vaak door de HA wordt aangehaald, is de gedeelde verantwoordelijkheid over de begeleiding van de palliatieve patiënt met de PV. Het begeleiden van een terminale patiënt is vaak emotioneel zwaar beladen waardoor het nemen van beslissingen niet eenvoudig is. Door te overleggen met de PV, hebben de HA het gevoel dat ze deze beslissingen niet alleen hoeven te nemen en dat de verantwoordelijkheid erover voor een deel samen gedragen wordt. Voor vele HA werkt dit motiverend om het advies van de PV in te winnen, omdat ze zich meer geruggesteund voelen tijdens de palliatieve begeleiding van hun patiënt.

Naast de stimuli die HA ondervinden om bij te leren van de PV in hun samenwerking, gaan we ook dieper in op welke de mogelijke barrières zijn. De voornaamste drempels die HA voelen om beroep te doen op het interprofessioneel leren van de PV zijn: 1) tekort aan vertrouwen in het palliatief team, 2) een negatieve attitude van de HA ten opzichte van interprofessioneel leren van de PV, 3) een moeilijke samenwerking en 4) een groot eindverantwoordelijkheidsgevoel.

In onze studie was er slechts een HA, die ooit onenigheid tussen de PV en equipearts over de palliatieve begeleiding had ervaren. Dit was voor de HA in kwestie een negatieve ervaring, omdat die niet het gevoel had voldoende steun te krijgen van het palliatief team in de begeleiding van de terminale patiënt. De HA vertelde het voornamelijk moeilijk te vinden beslissing te nemen inzake het palliatief beleid, aangezien de equipearts en de PV elk een ander advies gaven. Het gevolg hiervan was dat de HA geen vertrouwen had in het palliatief team en zich onzeker voelde over de zorgverlening. Dit belemmerde de mogelijkheid van de HA om bij te leren van het palliatief team en de PV.

Zoals reeds vermeldt, zijn een positieve attitude van zowel de HA als van de PV ten opzichte van het interprofessioneel leren, vereist om te kunnen bijleren uit de samenwerking. De meerderheid van de artsen heeft geen probleem zich open te stellen om bij te leren van de PV. Slechts één arts lijkt het moeilijk te vinden om advies te vragen aan de PV, omdat dit een confrontatie is met een eigen kennistekort. Deze HA verkiest daarom de meer formele leermethodes om zich bij te scholen over palliatieve zorgverlening, zodat ze meer beslissingen kan nemen zonder de hulp van de PV.

Hoewel geen van de artsen in onze studie ontevreden is over de samenwerking met de PV tijdens de palliatieve, bemerken we dat dit vroeger anders was. Oudere HA spreken van een soort rivaliteit, die vroeger heerste tussen de HA en het palliatief team om de palliatieve patiënt te begeleiden. Bijleren van elkaar in de samenwerking was dus volledig uitgesloten.

Ook de rolverdeling kan een barrière vormen voor de HA om interprofessioneel bij te leren. Dit zien we voornamelijk bij huisartsen met een groot eindverantwoordelijkheidsgevoel. De reden hiervoor is dat deze HA vinden dat zij de eindbeslissing over het palliatief beleid moeten nemen en dus over voldoende moeten beschikken om dit te doen. Hoewel we zien dat ook deze HA raad vragen aan de PV, zullen ze eerder kiezen voor de meer formele leermethodes om bij te leren over palliatieve zorgverlening.

5.3 Welke plaats kan het informeel interprofessioneel leren volgens de HA innemen in het huidig navormingssysteem over palliatieve zorgverlening en hoe moet ze georganiseerd worden?

De huisartsen uit onze studie zijn overtuigd van het nut van het interprofessioneel leren in de samenwerking met de PV. Volgens hen neemt het zeker een plaats in, in het huidig navormingssysteem. We zien dat de bevraagde HA hun basiskennis over palliatieve zorg via de meer formele leermethodes vergaren, maar dat ze tijdens de samenwerking met de PV wel gebruik maken van het interprofessioneel leren.

Op de vraag hoe informeel interprofessioneel leren beter kan georganiseerd worden, antwoordt de meerderheid van de huisartsen dat ze meer belicht mag worden om er zo de HA meer bewust van de maken. Zeker jonge HA kunnen er volgens de respondenten baat bij hebben. De HA vinden het ook nuttig om in de geneeskundige opleiding de studenten reeds op de hoogte te brengen van deze leervorm en het palliatief team, zodat ze er later voor openstaan. Duidelijk is wel dat het interprofessioneel leren in de palliatieve zorgbegeleiding, volgens de huisartsen, enkel een plaats heeft in de praktijk en dus niet moet opgenomen worden in het curriculum van de geneeskundige opleiding. Dit in tegenstelling tot de studies die suggereren dat om tot een goed interprofessioneel leren zorgverleners in de opleiding reeds kennis en ervaring dienen op te doen, omdat ze zich dan later meer bewust zijn van hoe een groep functioneert en hoe ze hun kennis kunnen overbrengen aan het team.

Geen van de huisartsen vindt dat er meer structuur moet komen in het interprofessioneel leren tijdens de palliatieve samenwerking. Het is volgens hen voldoende om overlegmomenten te plannen wanneer de situatie dit vereist.

6. Conclusie

Uit deze studie kunnen we concluderen dat, hoewel de HA zich in eerste instantie niet bewust zijn van het interprofessioneel leren uit de samenwerking met de PV, ze er wel voor openstaan en er een leereffect uit ondervinden. Het informeel interprofessioneel leren in de palliatieve samenwerking gebeurt voornamelijk aan de hand van overlegmomenten en valt dus onder het deliberative informal learning. Deze leervorm is de meest efficiënte vorm van het informeel leren en is daarom ook aan te raden aan de HA, die willen bijleren van de PV tijdens de palliatieve zorgverlening.

De voornaamste onderwerpen waarover de artsen advies inwinnen bij de PV zijn medicamenteus en praktisch van aard. Hoewel de HA zich onzeker voelen in het verlenen van emotionele zorg, ondervinden ze geen nood om erover bij te leren van de PV.

De stimuli en barrières die HA ondervinden komen voornamelijk voort uit de samenwerking van de HA met de PV, de attitude van zowel de PV als de HA ten opzichte van het interprofessioneel leren en het vertrouwen van de HA in de PV en het palliatief team. Om tot een goed interprofessioneel leren te komen is goede samenwerking is tussen de HA en de PV essentieel. Daarnaast hebben de HA nood aan een eenstemmig advies van het palliatief team. Een conflict in de visies van de equipearts en de PV, zorgt ervoor dat HA zich niet geholpen voelen in het maken van een beslissing. Ze zijn daarom onzeker om het palliatief

team beroep te doen, waardoor bijleren van de PV in de samenwerking bemoeilijkt wordt. Ook het vertrouwen van de HA in de kennis van de PV is noodzakelijk om tot interprofessioneel leren te kunnen komen. Bij een gebrek aan vertrouwen zal de HA minder geneigd zijn advies in te winnen van de PV. Als laatste kunnen we stellen dat zowel de HA als de PV over een positieve attitude moeten beschikken om het bijleren uit de samenwerking mogelijk te maken.

De HA in deze studie, vinden dat interprofessioneel leren een efficiënte leermethode is, die een plaats heeft naast de meer gekende en formele leerstrategieën. Zeker jonge artsen dienen volgens de respondenten op de hoogte te zijn van deze leervorm, aangezien zij nog veel kennis over palliatieve zorgverlening moeten opdoen. Een nuttige manier om artsen hiervoor open te stellen is, ze erover te informeren in de geneeskundige opleiding. Geen van de HA vindt dat leren het interprofessioneel leren over palliatieve zorgverlening opgenomen moet worden in de geneeskundige opleiding, maar dat het enkel een plaats heeft in de praktijk. Dit in tegenstelling tot de studies die suggereren dat om tot een vlot interprofessioneel leren te komen, zorgverleners reeds kennis en ervaring erover moeten opdoen in de opleiding.

Mogelijke werkpunten voor de toekomst kunnen zijn: het beter inlichten van HA over het interprofessioneel leren in samenwerking met de PV, studenten geneeskunde reeds kennis laten maken met het interprofessioneel leren als leervorm en het bespreekbaar maken van drempels tijdens de overlegmomenten om zo de samenwerking en het interprofessioneel leren te bevorderen.

Referentielijst:

1. Tiernan E, O'Connor M, O'Siorain L, Kearney M. A prospective study of preferred versus actual place of death among patients referred to a palliative care homecare service. *Ir Med J 2002; 95: 232-235.*
2. Kevin J. Yuen, Margaret M Behrndt, Christopher Jacklyn and Geoffrey K Mitchell. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. *MJA 2003; 179: S38-S40*
3. Field D, James N. Where and how people die. *The future for palliative care, issues and practice, Open University Press; 1993*
4. M Teno J, Clarridge B, Virginia C, Welch L, Wetle T, Shield R, Mor V. Family Perspectives on End-of-life Care at the Last Place of Care. *JAMA 2004; 291: 88-93*
5. Mette A Neergaard, Vedsted P, Olsen F, Sokolowski I, B Jensen A, Sondergaard J. Associations between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. *Scandinavian journal of Primary Health Care 2010; 28: 138-145*
6. Mette A Neergaard, Vedsted P, Olsen F, Sokolowski I, B Jensen A, Sandergaard J. Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care. *British Journal of General care 2009: 671-677*

7. Brogaard T, B Jensen, Sokolowski I, Olsen F, A Mette A Neergaard. Who is the key worker in palliative home care? *Scandinavian journal of Primary Health Care 2011; 29: 150-156*
8. Esteva Canto M, Liobera Canaves J, Miralles Xamenta J, De Liuch Bauza Amengual M. Management of terminal cancer patients: attitudes and training needs of primary heatlh care doctors and nurses. *Support Care Cancer 200; 8: 464-471*
9. Pype P, Stes A, Wens J, Van den Eynden B, Deveugele M. The landscape of postgraduate education in palliative care for general practitioners: result of a nationwide survey in Flanders, Belgium. *Patient Education and Counseling 2012; 86, 220-225*
10. Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. How common is medical training in palliative care? A postal survey of general practitioners. *British Journal of General care 1997; 47, 800-805*
11. Block S, Bernier G, Crawley L, Farber S, Kuhl D, Nelson W, O' Donnell J, Sandy L, Ury W. Incorporating Palliative Care into Primary Care Education. JGIM 1998; 13: 768-773
12. Barcly S, Wyatt P, Shore S, Finlay J, Grande G, Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. *Palliat Med 2003; 17: 27-39*
13. Shipman C, Addington Hall J, Barclay Ss, Cox I, Daniels L, Millar D. Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want? *Palliat Med 2001; 15: 191-196*
14. Davis D, Galbraith R. Continuing Medical Education Effect on Practice Performance. *Chest 2009; 135: 42S-48S*
15. Pype P, Wens J, Deveugele M, Stes A and Van den Eynden B. Postgraduate education on palliative care for general practitioners in Belgium. *Palliative Med 2011; 25: 187*
16. Pelaoy M, Cebrian D, Areosa A, Agra Y, Vincente Izquierdo J, Buendia F. Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. *BMC Family Practice 2011; 12: 37*
17. Pype P, Wens J, Deveugele M, Stes A, Wens J, Van den Eynden B. Quality in continuing medical education playing hide and seek. *Education for Primary Care 2011; 22: 366-8*
18. Pelayo Alvarez M, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliative Med 2006; 20: 673*
19. McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care 2011; 10: ii46-ii53*

20. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library 2009; 1: 1-22*
21. Finlay I, Higginson I, Goodwin D, Edwards A, Hood K, Douglas H, Normand C. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. *European Society for Medical Oncology 2002; 257-263*
22. Higgison I, Finlay I, Goodwin D, Hood K, Edwards A, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage 2003; 25: 150-168*
23. Borgsteede S, Deliens L, Van Der Wal G, Francke A, Stalman F, Van Eijk J. Interdisciplinary cooperation of GP in palliative care at home: A nationwide survey in the Netherlands. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care 2007; 25: 226-231*
24. National Institute for Clinical Excellence. Supportive and palliative care: The Manual. London: NICE; 2004.
25. WHO 2007
26. Shipman C, Addington Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, Millar D. How and why do GPs use specialist palliative care services? *Palliat Med 2002 16: 241-246*
27. Bajwah S, Higginson I. General practitioners' use and experiences of palliative care services: a survey in south east England. *BMC palliative Care 2008; 7: 8*
28. Burt J, Shipman C, Addington- Hall, White P. Nursing the dying whitin a generalist caseload: A focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies 2008; 45: 1470-1478*
29. Street A, Blackford J. Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 643-650*
30. CAIPE. Interprofessional education- a definition. London: CAIPE
31. Allan H. Bryan K, Clawson L,Simth P. Developing an interprofessional learning culture in primary care. *Joural of interprofessional Care, October 2005; 13: 452-464*
32. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence. *Oxford: Blackwell Publishing, 2005*
33. Eraut M. Non- formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology, 2000;* 70: 113-116
34. Eraut M. Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education, July 2004;.26: 247-273*
35. Shön, D. Educating the reflective practitioner. *Jossey-Bass, San Francisco/London, 1987*
36. Reber S. Implicit learning and tacit knowledge: An essay on the cognitive unconscious. *Oxford University Press, 1993*

37. Hammick M et al. Learning in interprofessional teams. *Medical teacher, 2009; 31: 1–12*
38. Kolb, D. A. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. *New Jersey: Prentice-Hall, 1984*
39. Schutz A. (1967) The phenomenology of the social world *G. Walsh & F. Lehnert, Trans., original work published 1932*
40. Morrow, S. L., & Smith, M. L. (2000). Qualitative research for counseling psychology. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.*), Handbook of counseling psychology, 2000, 3, 199-230*
41. Smith, J.A. Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis. Rethinking Methods in Psychology, *Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc,1995, 9-27.*
42. Maso, I., & Smaling, A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. *Amsterdam: Boom*, 1998.
43. Mortelmans, D*,* Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*, 2007, Leuven: Acco.*

Bijlagen

Bijlage 1: oproepbrief aan de palliatieve equipe

Geachte collega's,

Wij zijn drie huisartsen in opleiding en in het kader van onze masterproef hadden wij graag even uw aandacht voor volgend **onderzoek**.

Het onderzoeksproject kadert in het doctoraatswerk van Dr. Peter Pype aan de universiteit Gent en Antwerpen en wil nagaan **hoe huisartsen de interactie met verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorgequipes ervaren**. Onderzoek heeft reeds aangetoond dat huisartsen leren door samen te werken met palliatieve thuiszorgequipes, maar het is nog **niet geweten hoe huisartsen dit leereffect van de samenwerking beleven**.

Daarom zouden wij graag **huisartsen interviewen** in de loop van de komende maanden (**april-mei-juni**). Huisartsen die tijdens deze maanden een overlijden hebben van een patiënt die begeleid werd door een palliatieve thuiszorgequipe, hadden we graag geselecteerd voor een interview. Voor deze selectie vragen wij uw medewerking en de medewerking van uw palliatief team.

Doel is om **per palliatief netwerk VIER interviews** af te nemen. In totaal worden zes netwerken aangesproken, geografisch verspreid over Vlaanderen, zodat we in totaal 24 huisartsen kunnen interviewen.
Om de huisartsen te bereiken voor een interview, vragen wij om **na een overlijden van een patiënt, die begeleid is door een palliatieve thuiszorgequipe, aan de behandelende huisarts te vragen of hij/zij wil deelnemen aan een interview** (met één van ons drie, duurt ongeveer 30 minuten). In bijlage vindt u ook een **document met meer informatie** over het onderzoek, dat dan ook aan de huisarts kan overhandigd worden (kopieën hiervan worden per post opgestuurd). Indien hij/zij geïnteresseerd is, vragen wij u om het **telefoonnummer te noteren** en door te sturen naar ons e-mailadres **palliatiefonderzoek@hotmail.com**, zodat wij deze huisartsen kunnen contacteren en een **afspraak** kunnen maken om eens **langs te komen bij hen**.

Indien u nog meer informatie wenst betreffende het onderzoek of u nog vragen heeft hieromtrent, mag u ons steeds contacteren op het nummer ... (Stefanie De Backer) of … (Dr. Peter Pype), of via e-mail (palliatiefonderzoek@hotmail.com).

Enkele dagen na ontvangst van deze e-mail zullen wij u ook nog eens telefonisch contacteren hieromtrent.

Hopend op uw enthousiaste medewerking,

Stefanie De Backer
Alexis Ameye
Lisa Rimaux
Iov Dr. Peter Pype

Bijlage 2: informatie voor de huisarts over het studie opzet

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 t.a.v. de verpleegkundige van de palliatieve thuiszorgequipe en de equipe-arts bij de uitwisseling van expertise?

Protocol

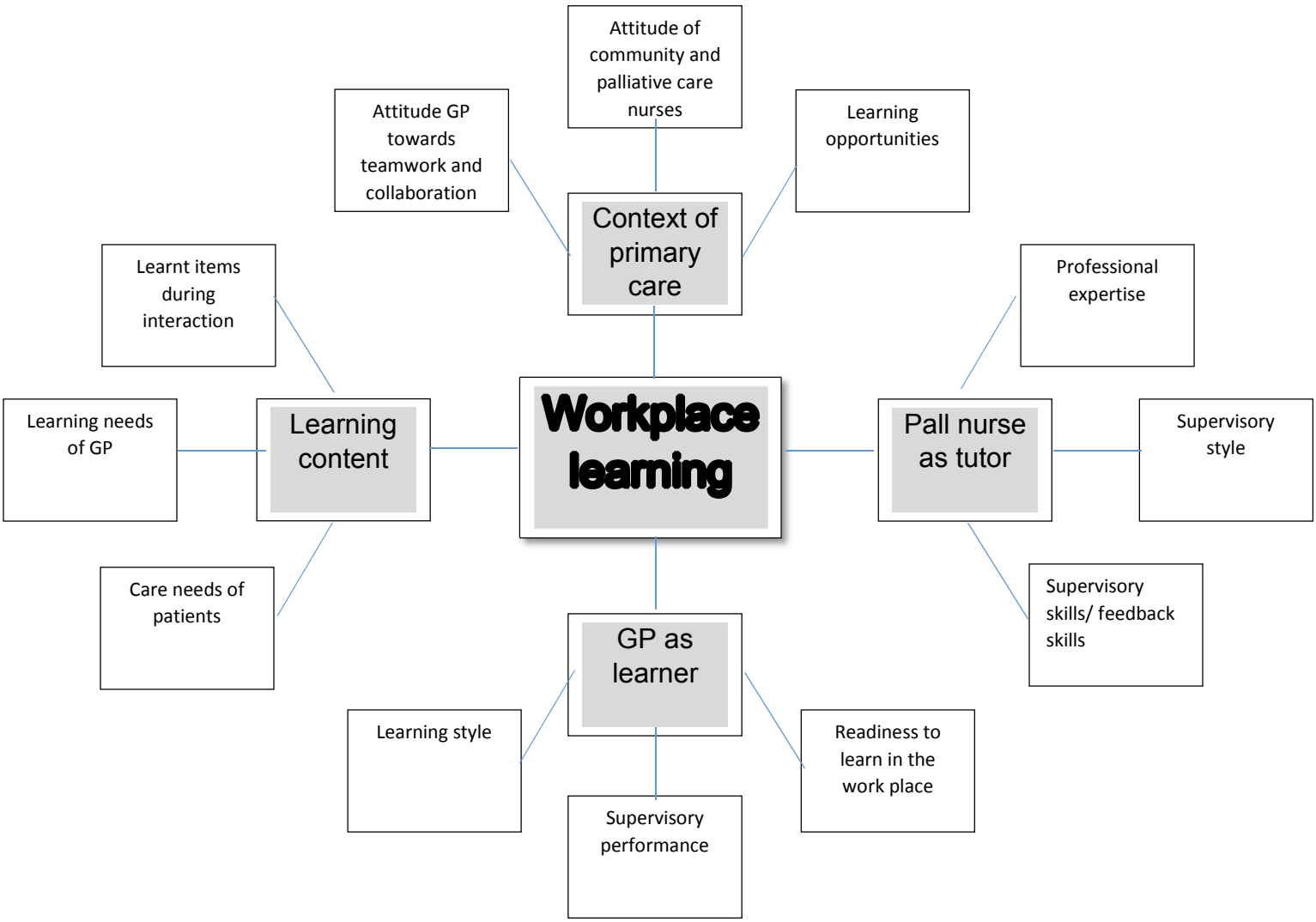
Aan de palliatieve thuiszorgequipes wordt gevraagd om na een overlijden van een patiënt, die begeleid is door een palliatieve thuiszorgequipe, aan de behandelende huisarts te vragen of hij/zij wil deelnemen aan een interview (duurt ongeveer 30 minuten). Indien hij/zij geïnteresseerd is, zal de huisarts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

Bijlage 3: Leermodel als basis voor de hoofdthema's van de topic- lijst



Bijlage 4: Vragenlijst als rode draad voor de afname van de semi- gestructureerde interviews

1. **<u>Context of primary care: samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg</u>**

Hoe ervaart u de samenwerking met het palliatief thuiszorgteam?
Wanneer denkt u erover een palliatief thuiszorgteam in te schakelen?
Wat zijn voor u de voordelen van een samenwerking?
Zijn er redenen waarom u liever geen samenwerking wenst?
Welke vindt u uw rol in zo'n samenwerking?
Hulpvragen: *Hoe staat u tegenover dit team? Wat zijn uw ervaringen rond het samenwerken in team in de eerstelijnszorg? Vindt u overleg in eerstelijns (bijvoorbeeld SEL) nuttig? 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. **<u>Palliative care nurse as tutor:</u>**

Hoe verliep de communicatie en de samenwerking met de palliatief verpleegkundige?
Hoe staat de palliatief verpleegkundige er tegenover om uw vragen te beantwoorden?
Vind u de uitleg die u krijgt nuttig en voldoende?
Hulpvragen: Hoe ervaart u het om informatie te krijgen van een verpleegkundige? Hoe staat u er tegenover om van de palliatief verpleegkundige bij de patiënt thuis of via telefoon bij te leren? Hoe ervaart u de kennis van de palliatief verpleegkundig? Hebt u het gevoel dat zij over voldoende kennis/ervaring bezitten om u te bij te staan? Hoe ervaart u het ongevraagd advies/suggesties te krijgen van een palliatief verpleegkundige?

3. **<u>GP as learner:</u>**

Hoe staat u er tegenover om via interactie met het palliatief team iets bij te leren tijdens de gezamenlijke begeleiding van het stervensproces van de patiënt? Vindt u dit een nuttige manier van leren?
Hoe ervaart u uw eigen kennis over palliatieve zorgverlening?
Wat zou u helpen om meer kennis te vergaren hieromtrent?
Hoe verruimt u uw kennis rond palliatieve zorg (artikels, collega's, …)?
Vindt u het gemakkelijk om advies te vragen aan een verpleegkundige? Indien nee, wat hindert u?
Hulpvragen: Wat doet u wanneer je vragen hebt over het verlenen van goede palliatieve zorg?
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. **<u>Learning content:</u>**

Welke zijn de belangrijkste onderwerpen waarover u nog zou willen bijleren inzake palliatieve zorgverlening?
Hulpvragen: Hoe ondervindt u uw communicatieve vaardigheden om zoals pijn, angst en depressie te bespreken? Welke zaken hebt u bijgeleerd door de interactieve samenwerking met het palliatief zorgteam?

Bijlage 5: Informed Consent

INTERACTIE TUSSEN HUISARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN VAN PALLIATIEVE THUISZORGEQUIPES: ERVARINGEN VAN HUISARTSEN EN LEEREFFECTEN VAN DE SAMENWERKING.

1. **Informatie over het onderzoek:**

Dit onderzoek gaat na hoe de zorgnoden van palliatieve patiënten in de thuiszorg beantwoord worden door de samenwerking tussen palliatieve thuiszorgequipes en eerstelijnszorgverleners.

Er wordt aandacht besteed aan de manier waarop iedere zorgverlener vanuit zijn eigen expertise en discipline een inbreng doet in het teamgebeuren waardoor de gezamenlijke competenties verhogen.

Er wordt nagegaan over welke onderwerpen (zorgnoden) van patiënten er kennis en ervaring wordt uitgewisseld en op welke manier daar mee omgegaan wordt.

Dit onderzoek kadert in het doctoraatswerk van Dr. Peter Pype aan de UGent.

2. **Informed consent:**

U wordt gevraagd om na het overlijden van uw patiënt deel te nemen aan een interview dat betrekking heeft op de manier waarop naar samenwerking gekeken wordt en op de inhoud van die samenwerking.

Vragen die betrekking hebben op uzelf (vb leeftijd, geslacht) dienen om bepaalde verbanden statistisch te beschrijven en niet om u als persoon te evalueren.

Op geen enkele manier kan uw identiteit nagegaan worden en ook niet die van uw patiënt.

Door onderaan deze tekst 'ja' aan te vinken verklaar ik:

(1) dat ik uit vrije wil deelneem aan dit onderzoek

(2) Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

(3) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten

Versie 1 – 20/02/2013 – Deveugele/Pype Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

(4) dat ik op de hoogte ben gebracht van de aard van het onderzoek

(5) dat ik de toestemming geef aan de onderzoekers om de verkregen gegevens op anonieme wijze te verwerken. Deze gegevens zullen enkel gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek

(6) In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

(7) De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

(8) dat ik op de hoogte ben gebracht dat er na afloop en op aanvraag, een samenvatting kan bekomen worden van de globale onderzoeksresultaten. Tussentijds kan steeds contact opgenomen worden met de onderzoeker via peter.pype@ugent.be