INTERACTIE TUSSEN HUISARTSEN, THUISVERPLEEGKUNDIGEN EN VERPLEEGKUNDIGEN VAN DE PALLIATIEVE THUISZORGEQUIPES: OBSERVATIES EN ERVARINGEN VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN. EEN INTERVIEWSTUDIE.

Anneleen De Gendt, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Peter Pype, Universiteit Gent en Dr. Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Inleiding: De vergrijzing van de bevolking maakt van palliatieve zorgen een belangrijke discipline. De meeste palliatieve patiënten verkiezen hun laatste dagen thuis door te brengen en wensen hierbij verzorgd te worden door hun huisarts. De huisarts wordt in dergelijke situaties bijgestaan door thuisverpleegkundige en palliatieve thuiszorgteams. Deze interprofessionele samenwerking heeft een gunstig effect op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Ondanks het belang ervan komt teamwork echter onvoldoende aan bod tijdens de opleiding. Deze studie wil na gaan hoe samenwerking in de praktijk verloopt. We gaan hierbij na hoe thuisverpleegkundigen de samenwerking met de huisarts in palliatieve thuiszorgsituaties ervaren.

Methode: Aan de hand van semi-gestructureerde interviews werden 10 thuisverpleegkundigen bevraagd. De interviews werden opgenomen, uitgeschreven en thematisch geanalyseerd.

Resultaten: Globaal genomen waren de bevraagde verpleegkundigen tevreden over de samenwerking met de huisarts in palliatieve situaties. Zij voelen zich deel van een team en gesteund bij de uitvoering van hun taak. Velen zien zichzelf als coördinator binnen het team. Vooral het belang van een goede communicatie werd hierbij sterk benadrukt. Deze communicatie wordt in de praktijk soms bemoeilijkt door een gevoel van hiërarchie tussen de zorgverleners. Onvoldoende aanwezigheid van huisartsen op overlegmomenten wordt als een belemmering voor goede samenwerking gezien. De verpleegkundigen delen niet steeds dezelfde geneeskundige visies als de betrokken artsen, maar zien dit niet als een probleem voor de samenwerking. Hiaten in de kennis van de huisarts, over palliatieve zorgen, hoeven geen barrière voor samenwerking te zijn, op voorwaarde dat hierover open wordt gecommuniceerd.

Conclusie: De thuisverpleegkundige ervaart de samenwerking met de huisarts in palliatieve situaties zeer positief. Vooral op vlak van communicatie kan het soms wel beter, door te zorgen voor een open sfeer waar de verpleegkundige zich een evenwaardige collega voelt.

INLEIDING

De steeds uitbreidende geneeskundige mogelijkheden en vergrijzing van de bevolking maken van palliatieve zorgen een enorm belangrijke tak binnen de geneeskunde. Het takenpakket van de huisarts breidt zich steeds verder uit. De eerste lijns gezondheidszorg is een complex gegeven geworden waar (inter)professionele samenwerking steeds aan belang inwint. Onderzoek leert dat patiënten verkiezen hun laatste dagen thuis te kunnen doorbrengen, verzorgd door hun vertrouwde huisarts. Huisartsen nemen deze rol graag op zich, bijgestaan door thuisverpleegkundigen en palliatieve thuiszorgteams (1-3).

Teamwork is geen eenvoudig gegeven en vraagt een aantal belangrijke competenties van de teamleden. Wanneer zorgverleners uit de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten) wordt gevraagd wat zij verstaan onder een goede samenwerking, benadrukken zij vooral het belang van een goede communicatie. Ook begrip en inzicht in de taak van andere zorgverleners vinden zij hierbij belangrijk (4-5).

Hoewel velen geloven dat een degelijke samenwerking tussen de verschillende zorgverleners leidt tot een verbetering van de zorg, komen teamwork en –vaardigheden maar weinig aan bod tijdens de opleiding. Dit gebrek aan goede interprofessionele samenwerking heeft een negatieve impact op patiëntenzorg. Heel wat studies geven dan ook aan dat er nood is aan interprofessionele educatie

(6). De vraag is echter hoe de betrokken zorgverleners daar zelf over denken. Hoe ervaren zij interprofessionele samenwerking in de eerste lijn, op heden? Wat loopt goed en wat kan beter? Deze studie vertrekt vanuit palliatieve thuiszorgsituaties, waar er een nauwe samenwerking is tussen huisarts, thuisverpleegkundige en palliatieve thuiszorgteams. Dit onderzoek, dat kadert in een groot kwalitatief onderzoek naar de perceptie van alle partijen, spitst zich toe op de ervaring van de thuisverpleegkundigen. We gaan hierbij na hoe zij de samenwerking met de huisarts ervaren en hoe dit verandert als de palliatieve thuiszorgequipe wordt betrokken.

METHODE

Deze studie maakt deel uit van een ruimer onderzoek naar interprofessionele samenwerking in de palliatieve thuiszorg. Hiertoe werden de verpleegkundigen van een aantal palliatieve thuiszorgequipes getraind om het proces van interprofessioneel leren, te optimaliseren.
In deze studie bespreken we de resultaten van interviews die in 2013 werden afgenomen bij 10 thuisverpleegkundigen. Aan de hand van een literatuurstudie werd bepaald welke thema's hierbij aan bod zouden komen. Een aantal basisvragen *(zie tabel 1)* voor de interviews werd zo opgesteld aan de hand van de belangrijkste topics uit de literatuur over palliatieve zorgen en teamwork in de eerste lijn.
Voor de interviews werd aan 2 palliatieve thuiszorgequipes (1 uit de getrainde en 1 uit de niet getrainde groep) gevraagd om na het overlijden van een palliatieve patiënt de betrokken thuisverpleegkundige uit te nodigen voor een interview. Indien zij akkoord gingen, ging het interview in de meeste gevallen door bij de verpleegkundige thuis. Vanuit beide netwerken werden zo 5 verpleegkundigen bevraagd.
Alle interviews werden uitgeschreven en gecodeerd. Voor de thematische analyse werd gebruik gemaakt van het codeboek dat werd bekomen op basis van ruimer onderzoek over hetzelfde thema (waarbij palliatieve verpleegkundigen werden geïnterviewd). Problemen bij de codering werden steeds voorgelegd aan een tweede en derde onderzoeker.

Tabel 1: Vragenlijst interviews.

U heeft recent een patiënt gehad die overleden is. Bij de verzorging waren zowel MBE, huisarts als uzelf betrokken. Hoe verliep die samenwerking?
Verandering relatie met huisarts door komst MBE? *Verandering relatie tegenover familie – patiënt?*
Hoe was de rolverdeling tussen jullie? Wie nam de leiding?
Veranderde je taak als gevolg van de samenwerking? *Was er duidelijkheid over de rolverdeling?* *Wie nam beslissingen?*
Hoe werd er gecommuniceerd?
Welk middel? Duidelijke communicatie? Verpleegkundige gehoord?
Had jij dezelfde visie dan de andere partijen? Was je tevreden met hoe de patiënt behandeld werd?
Dezelfde doelen? Elkaar steunen?
Wat heb je geleerd uit deze samenwerking?
Verandert dit iets voor toekomstige patiënten en toekomstige samenwerking?
Hoe kijk je er op terug? Wat had je anders gewild?

***MBE: multidisciplinaire begeleidingsequipe**

RESULTATEN

Kenmerken thuisverpleegkundigen

Van de 10 geïnterviewde verpleegkundigen waren er 7 vrouwen en 3 mannen. Zij waren gemiddeld 45 jaar oud (range: 36 - 54 jaar) en 21 jaar werkzaam als verpleegkundige (range: 16 - 27 jaar). 8 van hen werken in groep waarvan 7 op zelfstandige basis en 1 bij het wit-gele-kruis. 2 werken solo. 9 van de 10 verpleegkundigen waren reeds jaren vertrouwd met de palliatieve thuiszorg, slechts 1 had nog maar enkele keren samengewerkt met de palliatieve thuiszorgequipe. 7 verpleegkundigen kenden de betrokken huisarts al jaren, voor 3 was het de eerste samenwerking.

Tabel 2: Kenmerken van deelnemende verpleegkundigen.

VPK	Man of Vrouw	Leeftijd (jaar)	Solo of groep (aantal)	Zelfst. of WGK	Huidige werk-situatie	Vroegere werk-ervaring	Ervaring met MBE	Ervaring met HA
1	Man	36	Groep (13)	Zelfst.	8 j	8 j ZH	8 j	8 j
2	Vrouw	40	Groep (10)	Zelfst.	17 j	/	17 j	1 ste x
3	Vrouw	42	Solo	Zelfst.	4 j	5 j RVT, 12 j WGK	5 j	1 ste x
4	Man	54	Groep (12)	Zelfst.	21 j	6 j ZH	21 j	1 ste x
5	Vrouw	50	Groep (5)	Zelfst.	16 j	8 j WGK, 1 j ZH	15 j	15 j
6	Vrouw	44	Groep	WGK	24 j	/	8 j	24 j
7	Man	49	Groep (7,5)	Zelfst.	24 j	/	24 j	24 j
8	Vrouw	44	Groep	Zelfst.	2 j	20 j WGK	3x	20 j
9	Vrouw	51	Groep (4)	Zelfst.	13 j	8 j WGK	21 j	21 j
10	Vrouw	40	Solo	Zelfst.	2 j	14 j ZH	2 j	Eigen HA

***Zelfst.: zelfstandig *WGK: wit-gele-kuis *VPK: verpleegkundige *MBE: multidisciplinaire begeleidingsequipe *HA: huisarts *ZH: ziekenhuis *RVT: rust- en verzorgingstehuis**

Perceptie samenwerking en relaties

Teamgevoel

Alle verpleegkundigen voelen zich deel van een team en vinden dat er goed wordt samengewerkt met de palliatieve equipe en de huisarts. Ze geven aan dat ze veel zaken zelf kunnen en weten, maar dat het steun biedt om bij twijfels en onzekerheden er niet alleen voor te staan en op een andere hulpverlener te kunnen terugvallen. Of vragen gesteld worden aan de palliatieve equipe dan wel aan de huisarts, is afhankelijk van de onderlinge relaties en de aard van het probleem.

> *'Een teamgevoel? Maar dat heb ik altijd. Zonder dat er concrete vergadering plaats vindt heb ik dat gevoel altijd.' [VPK 3]*

> *'Uiteindelijk als het om een palliatieve patiënt gaat is er toch een beetje teamwork e, sowieso. En 't is altijd leuk dat je kan terugvallen bij twijfel of… Dat je er niet alleen voor staat.' [VPK 10]*

Alles hangt ook samen met hoe goed de partijen elkaar kennen. In het begin is het soms wat aftasten om tot een goede samenwerking te komen. Eens de zorgverleners elkaar wat beter kennen is er meestal wel een goede band.

> *'Hoe nauwer je samenwerkt, hoe beter je relatie wordt, hoe beter dat je elkaar leert kennen, hoe meer dat je elkaar aanvoelt en hoe beter dat je samenwerkt.' [VPK 1]*

Relatie ten opzichte van patiënt en familie

De meeste verpleegkundigen zien zichzelf als de belangrijkste vertrouwenspersoon van de patiënt. Zij vinden dat ze dichter staan bij de patiënt en zijn familie, dan huisarts en palliatief team.

> *'En dan moet er eigenlijk 1 aanspreekpunt zijn, die dat een beetje in goede banen leidt. En gezien de huisartsen het daar meestal te druk voor hebben en palliatieve zorgen daar iets te ver van staat, en wij meestal een zeer goede band hebben met de patiënt of zijn familie komt het toch altijd op mij uit.' [VPK 1]*

> *'Ik denk dat ge als thuisverpleegkundige daar wel het dichtst bij staat. Ge kent die mensen goed, en de familie. Ge komt daar 2-3 keer per dag dikwijls. Ge staat daar heel dicht bij.' [VPK 5]*

Slechts 1 verpleegkundige *[VPK 3]* gaf aan dat patiënten over het algemeen het meeste vertrouwen hebben in de palliatieve equipe. Zij vond het jammer dat door de komst van het palliatief team de thuisverpleegkundige vergeten wordt door de patiënt.

> *'Maar 'k voelde wel, vanuit de patiënt en de echtgenote, dat het meeste vertrouwen in de palliatieve lag.' [VPK 3]*

> *'Ze was dan overleden 's nachts om 4 uur, en ze hebben toch de palliatieve gebeld, die zijn dan nog geweest. En ze hebben zelfs, de man heeft niet meer naar mij gebeld om te zeggen dat ze overleden was. Dus 'k heb dat dan gehoord, de palliatieve heeft mij dan opgebeld, 's morgens om 7 uur. Dat is natuurlijk ja.. Dat vind ik dan wel jammer. Dat had ik dan zelf wel, alé, ik weet het dan wel graag van de mensen zelf. Ik ben wel nog geweest, 'k ben binnengesprongen. Maar op dat moment denken ze dan gelijk niet meer, dat is dan echt de palliatieve staat echt op de eerste plaats vind ik.' [VPK 3]*

Er was ook 1 verpleegkundige *[VPK 5]* die aangaf dat je ook niet té dicht bij je patiënt mag staan. Zij vertelt over een huisarts die heel vriendschappelijk omging met haar patiënt, wat zij toch niet echt gepast vond. Zij geeft aan dat het belangrijk is om toch steeds een professionele relatie te behouden.

> *'Maar die laatste situatie was wel een speciale verhouding met de huisarts zo. Die sprong dikwijls binnen. Die bracht bloemekes mee. Dat was zo een speciale, die ging al eens 's avonds een glas wijn drinken daar, dat was anders, meer vriendschappelijk zo. Maar ja, dat kan niet altijd zo e. Dat, alé, ik vind dat dat ook niet altijd past, maar ja..'*

Onderlinge relaties en hiërarchie

Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat de relatie tussen huisarts en verpleegkundige doorheen de jaren sterk is verbeterd. Zij voelen zich als evenwaardige collega's en zien alle zorgverleners als even belangrijk.

> *'Die grens tussen huisarts en verpleegkundige is heel klein geworden, en dan zeker in zo'n situaties eigenlijk. Alé, ik vind, in 't begin als ik begon te werken was dat een dokter, amai, en ge durfde bijna niets zeggen. Maar dat is hard veranderd. Die mensen staan niet meer zo, alé, geen meester niet meer. Dat zijn ook collega's. De status is misschien nog hoger, maar voor de rest, in zo'n geval staat iedereen toch op 't zelfde trapke.' [VPK 5]*

Heel wat verpleegkundigen vindt echter dat er nog steeds een belangrijke hiërarchie heerst, waar de huisarts zich boven de verpleegkundige stelt. Zij voelen zich dan ook sterk geremd om kritiek te uiten naar een huisarts of open te communiceren over meningsverschillen.

> *'Ik heb altijd geleerd, en dat is van in 't ziekenhuis dat ik dat doe, dat staat los van de thuisverpleging. En dat zit er in gehamerd. Wat de huisarts doet, ik heb mijn idee daarover, maar ik ga nooit of te nooit, echt nooit of te nooit naar de dokter gaan en zeggen van hadden we 't niet beter zo of zo gedaan. … Dokters zijn daar gevoelig voor. Heel gevoelig! Ik pak dat risico niet, ge moet echt, die hiërarchie moet je respecteren, echt, ik vind dat.' [VPK 10]*

Vrijwel elke verpleegkundige plaatst de palliatieve thuiszorgteams op nummer 1 binnen de hiërarchie. Zij hebben het gevoel dat de huisartsen de palliatieve thuiszorgteams meer respecteren en als een gespecialiseerd netwerk zien. Ze vinden het jammer dat zij als thuisverpleegkundige ook niet meer beoordeeld worden naar hun deskundigheid en hebben het gevoel dat hun kennis minder gezien en benut wordt.

> *'Er is geen enen huisarts die zich boven pallion stelt. Ze nemen het allemaal aan. Dat hebt ge niet, waar een huisarts zich bijvoorbeeld wel boven ons kan stellen, wat wel al eens voorkomt. Maar dat doet, dat doen ze bij pallion niet. Zij zijn gewoon blij dat die komen, daar ben ik zeker van. Omdat die ook heel gespecialiseerd zijn in dat gedeelte waar zij ook heel weinig van weten. Te weinig van kennen.' [VPK 7]*

> *'Huisartsen zijn soms ook, die weten ook niet alles, over palliatieve enzo. Maar ik denk dat die liever van hogeruit de uitleg krijgen, van specialisten en pallion, dan dat ze die van een verpleegkundige krijgen. Zeker van.' [VPK 8]*

Rolverdeling

Algemeen

De rolverdeling binnen het team blijkt afhankelijk te zijn van de wensen van de patiënt en van de invulling door de hulpverleners zelf. De verpleegkundigen geven aan dat hun taak vooral bestaat uit algemene zorg met heel wat praktische taken zoals hygiënische zorgen, toedienen van medicatie, wondzorg, enz. De huisarts achten zij vooral verantwoordelijk voor de opvolging van de medicatie. De palliatieve equipe wordt vooral gezien als specialist inzake palliatieve zorgen, een ondersteuning waar zij kunnen op terugvallen bij specifieke problemen en die instaat voor materiaal zoals

spuitpompen. De verpleegkundigen trachten zelf zoveel mogelijk emotionele steun aan de patiënt te bieden, maar vinden het belangrijk dat ook huisartsen en palliatieve equipe tijd maken voor deze psychische ondersteuning.

> *''t Is niet omdat die medische beslissingen rond medicatie in handen zijn van de huisarts en dat palliatieve een stuk psychosociale op zich neemt en die praktische kanten rond die spuitpompen op zich neemt. En dat wij ergens daarrond modereren en de dagelijkse werking garanderen, ik zal het zo zeggen. Dat ge als verpleger of als huisarts niet als ge dat voorgeschreven hebt niet ne keer efkes nog een kwartier mens kunt zijn.' [VPK 1]*

Leiden en coördineren

De meeste verpleegkundigen zien zichzelf als leidinggevend en coördinerend binnen de palliatieve thuiszorg. Vermits zij patiënten op regelmatige basis zien vinden ze het hun verantwoordelijkheid om alles in goede banen te leiden en zorgverleners op elkaar af te stemmen. Toch voelen ze zich niet bevoegd om beslissingen alleen te nemen en zullen steeds toestemming vragen aan de betrokken huisarts.

> *'Ik denk dat dat vooral wij is, die veel voortrekken. Voor alles. Bijvoorbeeld als de patiënt, ja wij zijn er ook meest bij, 't is dat ook. Dus ja, iedere observatie is er een waar je naar moet kijken. Zijn ze rustig, hebben ze geen pijn,.. Dus dat is constant wij die initiatief nemen, die de telefoon opnemen en vragen: Dokter mogen we niet wat verhogen..' [VPK 2]*

> *'Wij nemen niet de beslissingen, wij weten wel onze plaats. En wij beslissen niet over medicatiebeleid, wij geven altijd feedback aan de huisarts enzo. Maar het effectief organiseren en coördineren van gans de zorg is bijna in alle gevallen dat ik dat doe.' [VPK 1]*

Communicatie

Communicatie vormt de kern van samenwerking

Een goede communicatie wordt door vrijwel alle verpleegkundigen genoemd als een van de belangrijkste factoren voor een constructieve samenwerking. Hierbij vindt de verpleegkundige het belangrijk dat zijn mening gehoord wordt, en beslissingen zoveel mogelijk in samenspraak gebeuren.

> *'Ik denk dat je dat in team doet. Samen met palliatieve zorgen, samen met ons en samen met de huisarts. Dus samen met de drie actoren samen beslissen van oké, wat moet hier nu gebeuren, weet je wel, gaan we die richting uitgaan, gaan we een beetje sneller of een beetje trager gaan. Ik denk dat die beslissing moet in consensus genomen worden.' [VPK 1]*

Ervaring in de praktijk

Sommigen ervaren de communicatie met huisartsen als zeer moeizaam. Wanneer ze met vragen zitten zullen zij dan ook gemakkelijker contact nemen met de palliatieve thuiszorgteams, omdat ze daar veel sneller en concreet antwoord krijgen.

> *'Omdat huisartsen zo kort zijn. Als je dan een keer telefoneert: "ik heb geen tijd". Of ja.. En op den duur zeg je dan ja, we gaan dan wel communiceren met die die wel tijd heeft. Huisartsen zijn echt kort aan de telefoon. Ze klagen dan van papierwerk, van dit en dat.. Maar ze*

beseffen niet, alé, voor mij gaat een palliatieve patiënt eigenlijk altijd voor. Dus wat doe je dan, bellen naar de palliatieve eenheid, omdat de communicatie toch iets beter is uiteindelijk, dan met de huisartsen.' [VPK 2]

Enkele verpleegkundigen geven aan dat ze soms onvoldoende op de hoogte worden gebracht van de medische achtergrond van de patiënt. Zij begrijpen dat huisartsen niet zomaar alles kunnen vertellen, maar wensen toch voldoende informatie te krijgen om hun werk op een goede manier te kunnen uitvoeren.

'Wat er ook soms wel een keer gebeurt, waar ik mij dan kan aan ergeren, is dat we medisch gezien niet genoeg weten wat er eigenlijk juist omgaat met de patiënt. Dat de dokter veel te weinig informatie geeft.' [VPK 2]

Nood aan overlegmomenten

Enkele verpleegkundigen zouden graag vaker overleg hebben met de huisarts. Doordat zij veel tijd bij de patiënt doorbrengen zijn ze soms meer op de hoogte van informatie die ook voor de huisarts belangrijk kan zijn. Het lijkt hen dan ook nuttig om zo'n zaken te kunnen bespreken.

'Ik kom nogal eens in situaties, niet specifiek in palliatieve situaties, maar situaties tegen dat de huisarts toch heel veel zaken niet ziet of weet die wij wel zien omdat we dagelijks komen. … Ik zou dat meer willen die overlegmomenten, dingen met huisartsen bespreken. Maar dat is dikwijls niet gemakkelijk.' [VPK 9]

'Een open communicatie. … Ergens vind ik dat toch wel belangrijk. Dat ge.. mijn huisarts zegt altijd, gij zijt mijn ogen en mijn oren. Ge zijt daar tenslotte als de huisarts komt, ge maakt het 100 keer mee, ze hebben geklaagd van pijn en ze hebben dit en dat, maar nu komt de huisarts en ze zeggen het niet meer.' [VPK 6]

Er wordt door een aantal verpleegkundigen aangegeven dat het bij enkele huisartsen moeilijk lukt om overlegmomenten te organiseren. Zij veronderstellen dat dit uit tijdsgebrek is. Enkelen denken ook dat schrik om kritiek te krijgen hier een rol in speelt.

'Elke week zitten we samen met palliatieve zorgen. De huisarts wordt daar ook op uitgenodigd, die komen zelden.' [VPK 4]

'Nog een keer, heb ik hem ook weer uitgenodigd op die vergadering. En dan zegt hij wel dat is heel fijn, en waar is dat juist, en ja 't is nogal druk want ik ga binnenkort op verlof. Hij heeft altijd wel ergens zijn uitleg om niet te moeten komen. Voor ergens misschien toch schrik van die zitten daar allemaal in ne ring en die weten daar precies toch iets meer van. Ik ga daar misschien dom uitkomen, of ik weet niet waarom.' [VPK 6]

Bereikbaarheid

Het wordt door de verpleegkundigen heel erg geapprecieerd als huisartsen extra bereikbaar zijn voor palliatieve patiënten en bijvoorbeeld hun gsm-nummer doorgeven. Ze weten op die manier dat ze er niet alleen voor staan en op elk moment medisch advies kunnen inwinnen.

'Wat ik altijd heel mooi vind is, in die zin, 't is ergens normaal, maar ik vind het wel tof dat hij bij palliatieve patiënten altijd bereikbaar is. Je mag daar 's nachts naar toe bellen, je mag daar 's avonds naar toe bellen, de zondag naar toe bellen. Hij pakt altijd zijn telefoon op, en dat vind ik tof.' [VPK 10]

Verschillen in visies

Betrekken van palliatief team

Het contacteren van het palliatief thuiszorgteam gebeurt door de huisarts. Op 1 verpleegkundige *[VPK 10]* na, die vindt dat het palliatief team enkel meerwaarde biedt als er een spuitpomp nodig is, vonden alle verpleegkundigen dat huisartsen soms te lang wachten om de palliatieve equipe in te schakelen.

'Huisartsen wachten daar soms lang mee, ik denk soms te lang. Of ze denken daar niet aan. Ik weet niet hoe dat komt.' [VPK 2]

'Mijn huisarts is daar ook niet zo zot van om heel vlug palliatieve in te schakelen. Als er geen pompjes, als er geen materiaal nodig is, gaat hij zelfs niet bellen naar palliatieve. Dan werkt hij verder met mij.' [VPK 10]

Opvolging palliatieve patiënt

Enkelen zijn van mening dat het zinvol zou zijn voor huisartsen om vaker langs te gaan bij palliatieve patiënten. Zo kunnen ze de evolutie van nabij opvolgen en zijn ze minder afhankelijk van de observaties van de verpleegkundige.

''t Zijn onze observaties, maar dat is omdat wij 2 tot 4 keer gaan op een dag. En zij, ja, zij moeten maar gaan als 't gevraagd wordt. 't Is dat dat soms moeilijk is dan. Ja, 't is beter dat ze op regelmatige basissen proberen gaan, dat ze ook een beetje zien hoe het gaat met de patiënt.' [VPK 4]

Palliatief beleid

Een aantal verpleegkundigen vond dat er een zekere therapeutische hardnekkigheid heerste bij de betrokken huisarts. Ze hebben het gevoel dat het medische soms te veel het menselijke overschaduwt. Hoewel zij hierbij wel aangaven dat dit geen belemmering vormde voor hun professioneel handelen noch voor een goede samenwerking, toch zouden zij het op het einde anders hebben aangepakt.

'Er was geen beperking, wij hebben onze job kunnen doen zoals we die voorop stellen. En de dokter heeft dat ook gedaan. Er was een goede open communicatie. Maar ik ging al wat vroeger gezegd hebben, nu gaan we eventjes tijd maken. Weet je wel. Zelf een stapje achteruit zetten en de natuur zijn gang laten gaan.' [VPK 1]

'Dus ja, altijd zo lang mogelijk in leven houden en het uiterste.. Maar die dokter hield hem daar eigenlijk nogal redelijk sterk aan. En ik vond dat op een bepaald moment niet meer menswaardig.' [VPK 3]

Anderzijds wordt ook aangegeven dat artsen soms de neiging hebben om het levenseinde onnodig te gaan versnellen. Andere artsen zouden dan weer te voorzichtig zijn en niet genoeg medicatie durven toedienen. Verpleegkundigen vinden het belangrijk dat er een zo goed mogelijk evenwicht is tussen voldoende symptoomcontrole enerzijds, zonder versnellen van het overlijdensproces anderzijds.

> *'Ik vind, geen ene patiënt moet pijn lijden. Ik ben daar absoluut tegen. Maar ben er ook tegen als ze te veel geven. 'k Bedoel, ge moet dat niet versnellen. Ik bedoel, laat dat toch rustig zijn.' [VPK 7]*

> *'Ook om voldoende pijnmedicatie voor te schrijven. En niet, juist aan de lage kant en voorzichtig en ondertussen de patiënt toch meer afziet dan nodig is. Omdat ge niet snel genoeg durft te verhogen.' [VPK 9]*

Samenwerking met een huisarts die vertrouwd is met palliatieve zorgen wordt als zeer aangenaam en leuk omschreven. Sommige huisartsen hebben echter minder ervaring met palliatieve zorgen, enkele verpleegkundigen suggereren dan ook dat bijscholing voor deze huisartsen nuttig zou kunnen zijn om de geleverde palliatieve zorg te optimaliseren. Wanneer de huisarts open communiceert en vooral open staat om bij te leren, wordt een beperkte ervaring door de verpleegkundigen niet als een probleem voor de samenwerking ervaren.

> *'Ik zeg dikwijls, er zouden een paar huisartsen hier eens een cursus palliatieve moeten gaan volgen. Er zijn er weinig die daar mee om kunnen. Er zijn er die dat heel goed kunnen hoor, heel goed. Maar er zijn er die daar weinig, ook naar medicatie toe. Ik denk dat sommige die, ik denk dat ze niet echt goed beseffen hoeveel en wat ze geven soms.' [VPK 7]*

> *'We hebben hier ook verschillende huisartsen die de cursus gevolgd hebben, die 't ook wel allemaal weten. Waar je dan ergens moet gaan en die dan zeggen van zie hier eens efkes, 'k heb die berekening zus en zo gemaakt, wat vindt ge er van. In overleg, dat is super gewoon, u willen kennen daarin.' [VPK 6]*

DISCUSSIE

Bespreking resultaten

We kunnen stellen dat alle verpleegkundigen, los van het netwerk waaruit ze werden geselecteerd, een goed gevoel hadden bij de samenwerking met de huisarts tijdens palliatieve thuiszorgsituaties. Enkel op vlak van communicatie loopt het soms wat moeilijk, zeker wanneer de huisarts zich sterk boven de verpleegkundige stelt.

De samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige loopt goed. De meeste verpleegkundigen geven zichzelf hierbij een centrale rol, zowel als vertrouwenspersoon van de patiënt dan als coördinator binnen het zorgteam. Dit staat in contrast met de literatuur, waar vooral de huisarts als leider naar voor geschoven wordt (8,12). De geïnterviewde verpleegkundigen vertellen vooral zelf initiatief te nemen, maar vragen wel steeds de toestemming van de huisarts bij belangrijke beslissingen en zien hem of haar dus wel als uiteindelijke eindverantwoordelijke, maar niet als coördinator. In vroegere studies wordt door huisartsen aangegeven dat zij voor beslissingen steeds open staan voor suggesties van andere zorgverleners (8,11). Dit wordt bevestigd door enkele verpleegkundigen in deze studie die zich als evenwaardige collega's voelen en steeds met de huisarts

in overleg kunnen gaan. Maar een aantal geïnterviewde verpleegkundigen heeft toch schrik om vragen te stellen of kritiek te uiten naar de huisarts, omdat zij het gevoel hebben dat de huisarts zich boven hen plaatst en zij bang zijn deze hiërarchie te doorbreken.

Dat goede communicatie enorm belangrijk is om een efficiënte en aangename samenwerking te bevorderen, vinden we overal in de literatuur terug (4,5,7,8,10). Dit komt ook duidelijk naar voor tijdens onze interviews, waar alle verpleegkundigen benadrukken dat open communicatie de kern vormt bij teamwork. Huisartsen geven bij bevraging aan dat het belangrijk is bij de zorg voor een patiënt om voldoende overlegmomenten te voorzien om te zorgen dat hulpverleners op dezelfde lijn staan (9). Toch blijkt net dit overleg in de praktijk niet altijd zo vlot te verlopen. Heel wat verpleegkundigen geven immers aan dat huisartsen niet altijd genoeg open staan voor overleg, soms kortaf reageren of onvoldoende medische informatie delen.

Heel wat huisartsen hebben weinig ervaring met palliatieve thuiszorgsituaties (12). Dit zorgt er voor dat zij de palliatieve thuiszorgteams, als expert inzake palliatieve zorgen, zeer hoog inschatten (8,11). Toch wordt volgens de verpleegkundigen in dit onderzoek, soms te lang gewacht om het palliatief team in te schakelen.

Tabel 3: Stimulatoren en barrières in samenwerking.

Stimulatoren	**Barrières**
Teamgevoel. Steun aan mekaar.	Hiërarchie.
Extra bereikbaar (bv. gsm-nummer).	HA afwezig op overlegmomenten.
	Te laat inschakelen palliatief team.

Sterktes en zwaktes van de studie

De interviews gingen steeds door binnen 1 à 2 maand na het overlijden van de patiënt, dit om te zorgen dat herinneringen nog *vers* zouden zijn en gevoelens niet versterkt door de tijd die erover gegaan is. Dat de verpleegkundigen gecontacteerd werden naar aanleiding van een specifieke patiënt moest ervoor zorgen dat concrete antwoorden konden worden gegeven, zonder te vervallen in vage en meer algemene herinneringen.
Dat de interviews werden uitgevoerd door een arts (huisarts in opleiding), kan de antwoorden hebben beïnvloed. Zo zou men kunnen denken dat verpleegkundigen minder kritiek op de huisarts zouden durven geven als de interviewer zelf een arts is.
Alle geïnterviewden waren reeds jaren werkzaam als verpleegkundige, zij hebben mogelijks andere ideeën en gevoelens dan een verpleegkundige die nog maar net afgestudeerd is. Bovendien hadden zij bijna allemaal heel veel ervaring met palliatieve thuiszorg, wat vermoedelijk ook een invloed zal hebben op hoe zij te werk gaan en welke taken zij invullen.

Toekomstig onderzoek

We bespreken in dit onderzoek de mening van een kleine groep verpleegkundigen, bijkomend onderzoek waarbij een groter aantal wordt bevraagd is nodig om duidelijke conclusies te kunnen trekken. Daarbij zou het ook nuttig zijn de ideeën van de andere zorgverleners, zoals huisarts en palliatief verpleegkundige, te kennen.

Deze interviews lieten niet toe een antwoord te formuleren op de vraag wat er nu effectief wordt bijgeleerd uit samenwerking met andere zorgverleners. Verder onderzoek zal nodig zijn om dit thema verder uit te diepen.

CONCLUSIE

Globaal genomen waren de bevraagde verpleegkundigen tevreden over de samenwerking met de huisarts in palliatieve situaties. Wel verloopt volgens hen de communicatie soms moeizaam, vooral wanneer de huisarts zich boven de verpleegkundige stelt.

Praktijkimplicaties

We trachtten aan de hand van de uitspraken van de verpleegkundigen een aantal concrete werkpunten voor de huisarts *(zie tabel 4)* te formuleren om goede samenwerking te stimuleren en zo de kwaliteit van patiëntenzorg te optimaliseren. Vooral een goede communicatie en voldoende overlegmogelijkheden zijn belangrijk. Dit zou bijvoorbeeld kunnen aan de hand van een overlegmoment bij de start van de opvolging van een palliatieve patiënt. Op die manier kunnen de verschillende zorgverleners van bij het begin hun ideeën en verwachtingen uitwisselen.

Tabel 4: Tips voor de huisarts.

3 tips voor goede samenwerking
Zorg voor goede open communicatie. Vermijd hiertoe een hiërarchische sfeer maar zie de verpleegkundige als evenwaardige collega.
Zorg voor overleg, ga naar vergaderingen, geef genoeg informatie en wees voldoende bereikbaar.
Communiceer bij gemis aan ervaring. Laat je helpen waar nodig en wacht niet te lang om de palliatieve equipe in te schakelen.

DANKWOORD

Mijn dankt gaat uit naar iedereen die iets heeft bijgedragen tot deze scriptie. Vooreerst wil ik de verpleegkundigen enorm bedanken voor hun openhartigheid bij het delen van hun ervaringen. Zonder hen was deze studie niet mogelijk geweest.
Ook wil ik mijn begeleiders van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (Universiteit Gent) bedanken, in het bijzonder Dr. Fien Mertens en Dr. Peter Pype voor de goede begeleiding en tijd die ze voor mij vrij maakten.

REFERENTIES

1. **Barbara Gomes, Natalia Calanzani, Marjolein Gysels, Sue Hall and Irene J Higginson. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care* 2013; 12:7.**
2. **Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010; 39 (1): 196-7.**
3. **Dominique Paulus, Koen Van den Heede, Raf Mertens. Position paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. KCE report 2012.**

4. **Esther Suter, Julia Arndt, Nancy Arthur, John Parboosingh, Elizabeth Taylor, Siegrid Deutschlander. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 2009; 23: 41-51.**
5. **Anna Klarare and Carl Johan Furst. Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of palliative medicine* 2013; 16 (9): 1062-1069**
6. **Peter Pype, Ann Stes, Johan Wens, Bart Van den Eynden, Myriam Deveugele. The landscape of postgraduate education in palliative care for general practitioners: results of a nationwide survey in Flanders, Belgium. *Patient Education and Counseling* 2012; 86: 220-225.**
7. **Joan Sargeant, Elain Loney, Gerard Murphy. Effective interprofessional teams: "Contact is nog enough" to build a team. *Journal of continuing education in health professions* 2012; 28 (4): 228-234.**
8. **Peter Pype, Linda Symons, Johan Wens, Bart Van den Eynden, Ann Stess, Gemma Cherry, Myriam Deveugele. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care* 2013; 27 (4): 313-319.**
9. **Andreas Xyrichis and Karen Lowton. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 140-153.**
10. **Klinar Ivana, Ferhatovic Lejla, Banozic Adriana, Raguz Marija, Kostic Sandra, Sapunar Damir and Puljak Livia. Physicians' attitudes about interprofessional treatment of chronic pain: family physicians are considered the most important collaborators. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27 (2): 303-310.**
11. **Dorthe Goldschmidt, Mogens Groenvold, Anna Thit Johnsen, Annette S Strömgren, Allan Krasnik and Lone Schmidt. Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliative Medicine* 2005; 19: 241-250.**
12. **Marieke M Groot, Myrra JFJ Vernooij-Dassen, Ben JP Crul and Richard PTM Grol. General practitioners and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliative Medicine* 2005; 19: 111-118.**