



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen
(2010-2012)

Onderzoek naar het doorverwijzingsgedrag van zorgverleners naar een oncopsiholoog in het AZ Sint- Lucas Gent

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding 'psycho-
oncologie', door Charlotte De Witte

Promotor: Bieke Maes
Copromotor: Liesbeth Braem

ABSTRACT

Uit diverse onderzoeken blijkt dat kankerpatiënten naast de behoefte aan medische zorg, ook allerhande psychosociale noden hebben. Psychosociale interventies bij kankerpatiënten worden steeds meer erkend een positieve impact te hebben op de levenskwaliteit van de patiënt. In het AZ Sint-Lucas is men volop bezig met het verder uitbouwen en uitbreiden van psychosociale ondersteuning voor kankerpatiënten en hun naasten. De oncopsycholoog bevindt zich in de tweede lijn en deze doorverwijzing verloopt tot op heden niet gestructureerd. Het onderzoek heeft tot doel meer zicht te krijgen op het doorverwijzingsgedrag van zorgverleners naar een oncopsycholoog binnen ons ziekenhuis. Meer specifiek willen we nagaan in welke mate en op basis van welke criteria/motivaties zorgverleners een oncopsycholoog inschakelen. Hiernaast willen we ook nagaan of er eventueel nog knelpunten/drempels spelen die het inschakelen van een oncopsycholoog (kunnen) bemoeilijken.

In het kader van ons onderzoek werd een (zelf opgestelde) vragenlijst afgenomen bij artsen en (begeleidings)verpleegkundigen die doorheen de verschillende fasen van het ziekteproces en behandelingstraject in het AZ Sint-Lucas de basiszorg van oncologische patiënten opnemen.

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners over het algemeen vrij frequent (*soms tot vaak*) doorverwijzen naar een oncopsycholoog. Zorgverleners verwijzen het vaakst en het meest éénduidig bij een moeilijke verwerking, in crisissituaties, bij psychische en emotionele reacties/problemen, en bij een slechte(re) prognose. Bovendien geeft ongeveer de helft van de zorgverleners aan niet enkel op basis van expliciete noden te verwijzen, maar ook een aantal risicofactoren voor psychosociale problemen in rekening te brengen. Verder stelden we vast dat zorgverleners over het algemeen weinig (overtuigende) drempels ervaren in het doorverwijzen van patiënten naar een oncopsycholoog. Gebaseerd op de onderzoeksresultaten worden een aantal praktische handvaten en adviezen geformuleerd om de doorverwijzing naar een oncopsycholoog te optimaliseren.

VOORWOORD

Het schrijven van dit eindwerk vormt het sluitstuk van de opleiding psycho-oncologie. Dit was voor mij een voortdurend evoluerend ontwikkelingsproces met de noodzakelijke ups en downs. Naast enig doorzettingsvermogen, speelde de steun van anderen een belangrijke rol. Vooreerst wil ik dan ook mijn promotor Bieke Maes en copromotor Liesbeth Braem bedanken voor de (kostbare) tijd en energie die zij voor mij vrijmaakten, alsook voor hun nuttige suggesties en feedback. Ook een bijzonder woord van dank aan onze zorgcoördinator Leen Haesebroek en de collega oncopsychologen voor de zinvolle en enorm gewaardeerde overlegmomenten. Elena Constantinou wil ik bedanken voor haar hulp bij de statistische verwerking van de onderzoeksgegevens. Alle zorgverleners van het AZ Sint-Lucas Gent ben ik dankbaar voor hun deelname en medewerking aan het onderzoek.

Hiernaast wil ik alle collega's (met bijzondere vermelding van Katrien en Claudine wiens loutere aanwezigheid toen ik 's avonds bleef doorwerken een grote steun waren voor mij), mijn familie, vrienden en alle medestudenten van de opleiding psycho-oncologie bedanken voor de ondersteunende babbels en de vele peppraatjes wanneer ik ergens in mijn vertoog vastzat en dit mij de nodige frustraties opleverde. Zij praatten mij de moed in door te zetten wanneer de motivatie het even liet afweten. Nele, bedankt voor je hulp bij de vormgeving en het opstellen van de Powerpoint presentatie.

Een laatste dankwoord wil ik richten tot mijn vriend Achiel voor de voortdurende steun tijdens het maken van dit eindwerk en tot mijn (ongeboren) zoon die zijn mama gedurende de zwangerschap toch voldoende energie liet om 'de klus te klaren'.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

Psychosociale noden bij kanker	5
Psychosociale noden herkennen, signaleren en 'ondersteunen'	6
Doorverwijzing naar een (onco)psycholoog	7
Organisatie psychosociale zorg voor kankerpatiënten in België	9
Probleemstelling	10
Doelstellingen van het onderzoek	11

METHODE

Deelnemers	12
Materiaal	13
Procedure	14
Statistische analyse	15

RESULTATEN

Mate van doorverwijzing en motivaties in het doorverwijzen naar een oncopycholoog	15
Drempels of knelpunten in het doorverwijzen naar een oncopycholoog	21

BESPREKING EN CONCLUSIE	25
--------------------------------	----

REFERENTIES	32
--------------------	----

BIJLAGEN	34
-----------------	----

INLEIDING

Psychosociale noden bij kanker

De diagnose kanker en de daaropvolgende behandeling kunnen ingrijpende gevolgen hebben voor de patiënt en zijn naasten. Niet enkel lichamelijk maar ook op emotioneel, sociaal, praktisch en levensbeschouwelijk vlak brengt dit heel wat te weeg. Ziekte en behandeling geven niet alleen aanleiding tot lichamelijke klachten, maar ook angst, onzekerheid, somberheid, wanhoop en aantasting van het gevoel van eigenwaarde en controle (de Haes, Gualthérie van Weezel & Sanderman, 2009).

Met het toenemen van de leeftijd, neemt ook de incidentie van kanker toe. De vergrijzing van de bevolking heeft dan ook tot gevolg dat steeds meer mensen kanker krijgen. Bovendien stijgt de algemene overleving aan kanker door de vooruitgang in de behandelingsmogelijkheden ervan. Bijgevolg wordt kanker meer en meer een chronische ziekte. Een steeds groter wordende groep van mensen moet dus verderleven met de nevenwerkingen en de gevolgen van de ziekte en behandeling op lange termijn (Tuinman, Gazendam-Donofrio & Hoekstra-Weebers, 2008). Het beogen van een goede levenskwaliteit wordt naast overleving een belangrijk streefdoel binnen de oncologie.

Het totaal van de hierboven opgesomde klachten die door kankerpatiënten kan ervaren worden, wordt in de literatuur aangeduid met de term **'distress'**. Wanneer we een poging doen om dit naar het Nederlands te vertalen, hebben we het over 'psychosociale problemen of noden' (Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' VIKC, 2009). De National Comprehensive Cancer Network (NCCN) definieert distress als volgt: "Distress is a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological (cognitive, behavioural, emotional), social and/or spiritual nature that may interfere with the ability to cope effectively with cancer, its physical symptoms and its treatment. Distress extends along a continuum ranging from common normal feelings of vulnerability, sadness and fears to problems that can become disabling such as depression, anxiety, panic, social isolation and existential and spiritual crisis" (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, 2008). Dit alles komt aan de orde in het domein van de psychosociale oncologie (NPK Nederland 2005-2010, rapport 2004).

Psychosociale noden herkennen, signaleren en 'ondersteunen'

Nederlands onderzoek toont aan dat de meeste patiënten goed in staat zijn problemen te verwerken, maar toch ervaart een aanzienlijk deel van alle patiënten (25-30%) distress (Kok, Garssen, Kuiper, Kruijver & Visser, 2006). Ongeveer dezelfde cijfers vinden we terug in een Belgisch onderzoek, waaruit blijkt dat 26 % van de kankerpatiënten een gemiddeld niveau van allerhande (lichamelijke, sociale, emotionele en relationele) noden ervaart en 25 % een hoog niveau (Razavi, Merckaert & Libert, 2005).

Uit de literatuur blijkt dat patiënten met distress een lagere kwaliteit van leven ervaren, zich minder houden aan behandelingsvoorschriften, meer moeite hebben met het nemen van beslissingen over de behandeling en minder tevreden zijn over de geboden zorg (Haes et al., 2009). Toch zou slechts 10% van alle kankerpatiënten gebruik maken van ondersteunende zorg (Kok et al., 2006). Ook ander recent onderzoek wees op de discrepantie tussen de behoefte aan ondersteunende zorg door kankerpatiënten enerzijds en de daadwerkelijk ontvangen zorg anderzijds. Zo bleek bij patiënten met kanker in het hoofd-hals gebied dat belangrijke psychosociale problematiek veel vaker voorkwam dan dat verwijzing daarvoor met hen besproken was (Verdonck- de Leeuw et al., 2009). Redenen hiervoor kunnen zijn dat patiënten hun behoefte aan ondersteunde zorg niet bekend maken en/of dat primaire zorgverleners deze zorgbehoefte niet voldoende herkennen (Helden, 2004; Remie & Grol, 2002). Nochtans zou ondersteuning voor deze behoeften zorgen voor een beter welbevinden van de patiënt. Ook op langetermijn heeft het gevolgen op de therapietrouw, de duur van de hospitalisatie en op de overlevingskansen (Razavi et al., 2005; Walker, Ristvedt & Haughey, 2003). Het tijdig herkennen van patiënten die tijdens het ziekteverloop problemen ontwikkelen ten gevolge van de confrontatie met kanker en het tijdig verwijzen van deze mensen naar de juiste psychosociale en/of (para)medische hulpverlener, zou de kwaliteit van leven van deze patiënten, de tevredenheid met de (medische) zorg en de communicatie met de primaire zorgverleners kunnen verhogen (Velikova et al., 2008).

De Nederlandse Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' van de Vereniging van Integrale Kankercentra VIKC (2009) stelt dan ook dat het belangrijk is dat een medisch specialist, huisarts en/of (oncologie)verpleegkundige vanaf het begin en vervolgens in alle fasen van diagnostiek en behandeling vraagt naar psychosociale stressfactoren en psychische klachten. Waar nodig en naargelang de behoefte van de patiënt, dient vervolgens doorverwezen te worden naar een gespecialiseerde psychosociale hulpverlener. Dit kunnen

zijn een gespecialiseerd (oncologie)verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger maar ook een fysiotherapeut of diëtist.

De klinische praktijk en de beschreven discrepantie in bovenstaand onderzoek leert ons dat basiszorgverleners deze distress bij hun patiënten vaak niet direct herkennen en/of signaleren. Ook weten patiënten niet altijd dat het mogelijk is bij dit type problemen hulp te krijgen of durven er niet altijd naar te vragen. Zonder systematische signalering van psychosociale noden door basiszorgverleners is de kans op onderdiagnostiek en onderbehandeling hiervan groot (NPK Nederland 2005-2010, rapport 2004).

Doorverwijzing naar een (onco)psycholoog

In de Nederlandse Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' worden **indicaties** besproken waarvoor men kan verwijzen naar een (onco)psycholoog. Voor het signaleren van distress bij kankerpatiënten wordt sterk aanbevolen gebruik te maken van de Lastmeter. Deze bestaat uit de thermometer, een probleemlijst en de vraag 'zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?'.

Een (klinisch) psycholoog kan worden ingeschakeld wanneer gezins-/sociale- en emotionele problemen op de probleemlijst de boventoon voeren.

- Bij vermoeden van depressie, ernstige (fobische)angstklachten, chronische vermoeidheid, ernstige verwerkingsproblemen of aanpassingsstoornissen.
- Als psychische problemen interfereren met de medische behandeling of het herstel belemmeren.
- Wanneer er sprake is van problemen in de arts-patiënt communicatie, verwachtingen of opvattingen niet overeenstemmen met het medisch beleid, of gedragsfactoren lichamelijke klachten versterken; zoals verhoogde symptoomperceptie, catastroferende cognities of overmatig ziektegedrag.
- Als kanker gepaard gaat met andere ingrijpende levensgebeurtenissen. Wanneer er zich problemen voordoen op meerdere belangrijke levensgebieden (gezondheid, werk, gezin, familie) kan het psychisch evenwicht dermate verstoord worden dat psychologische behandeling noodzakelijk is.
- Wanneer een patiënt voorafgaand aan de diagnose kanker eerder psychologische behandeling heeft ondergaan; zoals bij premorbide persoonlijkheidsproblemen, stemmingsproblemen, burnout, gecompliceerde rouw of relatieproblematiek.

(Nederlandse Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' van de VIKC, 2009)

Hiernaast lijkt het belangrijk een visie te onderschrijven waarbij er zowel aandacht is voor preventie, waarbij men tracht (waar mogelijk) psychosociale problemen te voorkomen, als voor het bieden van hulpverlening bij het zich voordoen van psychosociale problemen (NPK Nederland 2005-2010, rapport 2004). In de literatuur worden verschillende factoren beschreven die het verwerkings-of aanpassingsproces aan de ziekte kunnen bemoeilijken. Men spreekt ook wel van **risicofactoren** ('riskfactors') voor het ontwikkelen van distress. Ze worden onderverdeeld in patiëntgerelateerde factoren en factoren gelinkt aan de kenmerken/het stadium van de ziekte en aan de behandeling. Hieronder volgt een korte (maar niet exhaustieve) opsomming:

Risicofactoren voor psychosociale problemen:

patiëntgerelateerd

- jonge leeftijd
- alleenstaand of gescheiden, alleenwonend
- financiële problemen
- cumulatieve stresserende en/of ingrijpende levensgebeurtenissen - aantal stressvolle life events voorbije jaar – vroegere verlieservaringen
- gebrek aan sociale steun, onvoldoende gepercipieerde sociale steun
- bestaande problemen in het huwelijk of in de familie
- geschiedenis van psychiatrische problemen - antecedenten van angst en depressie
- geschiedenis van alcohol of ander middelenmisbruik
- pessimisme

kenmerken/stadium van ziekte en behandeling

- moment van diagnose en herval
- tijdens vergevorderd stadium van de ziekte
- slechtere prognose
- meer neveneffecten van de behandeling - meer uitgebreide/intensievere behandeling
- grotere functionele beperkingen en ziektelast
- lymfoedeem - stoma
- chronische pijn en vermoeidheid

(National Cancer Institute (NCI) Adjustment to cancer: Anxiety and Distress)

Organisatie psychosociale zorg voor kankerpatiënten in België

Vóór 2003 verliep de organisatie van de oncologische zorg in ons land zeer weinig gestructureerd. Er was geen normering en registratie voorzien. Sinds maart 2003 is in België een Koninklijk Besluit (KB) van kracht dat de oncologische zorg in de ziekenhuizen regelt. Dit KB op de oncologische zorgprogramma's had een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor kankerpatiënten voor ogen. De oncologische zorgprogramma's stellen dat ziekenhuizen die kankerpatiënten behandelen, moeten beschikken over een **psychosociaal supportteam** (VLK Memorandum, 2010).

Dankzij de lancering van het eerste Nationaal Kankerplan (2008-2010), beschikken ziekenhuizen over extra middelen om sociaal werkers, psychologen en verpleegkundigen aan te werven. Die middelen brachten de ontwikkeling van de psychosociale zorg voor mensen met kanker in een stroomversnelling. Vooral het aantal psychologen dat kankerpatiënten ondersteunt, nam sterk toe. Uit een onderzoek van de VLK in acht Vlaamse ziekenhuizen blijkt dat deze psychosociale zorg sterk verschillend is afhankelijk van het type kanker. Voor borstkankerpatiënten is er in de acht ziekenhuizen systematisch psychosociale zorg gedurende een deel van of het volledige zorgtraject. Dit is niet of veel minder het geval voor andere kankerpatiënten. Sinds er nieuwe middelen voor de psychosociale zorg werden vrijgemaakt, werken de ziekenhuizen volop aan de ontwikkeling van de psychosociale zorg voor deze andere kankertypes (Rommel, 2009).

Het Nationaal Kankerplan beoogt een menselijkere benadering die dichter aanleunt bij de behoeften van de patiënt. De doelstelling van de psychosociale zorgverstrekkers is om **totaalzorg** te bieden aan patiënten. Minister Onkelinx stelt dat er naast de lichamelijke zorg in de ziekenhuizen ook aandacht moet zijn voor de psychische en sociale zorg. "Deze psychosociale zorgverstrekkers moeten de patiënt en zijn familie begeleiden, met name op het moment dat de diagnose bekendgemaakt wordt, wanneer er vragen rijzen van sociale aard, bij het aankondigen van een herval, bij vragen over de dood of bij de ontreding van de verwanten,... Dit werk zal gebeuren in het kader van een multidisciplinaire samenwerking, teneinde een kwalitatieve opvang te garanderen. De steun en de begeleiding kunnen worden voortgezet in functie van de vraag van de betrokken persoon, ook wanneer de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen is" (Nationaal Kankerplan Onkelinx, 2008, p.15).

Het Nationaal Kankerplan stelt een aantal doelstellingen voorop en formuleert hierbij aansluitend een reeks initiatieven, maar blijft vaag wat betreft de concrete inhoudelijke uitwerking van deze psychosociale zorg voor kankerpatiënten in de praktijk. Dit geldt ook voor

de doorverwijzing van kankerpatiënten naar een oncopsycholoog. De toegang tot deze zorg is op dit moment dan ook zeer sterk afhankelijk van de bestaande ziekenhuisorganisatie. Alhoewel men in de literatuur alom het belang van psychosociale zorg onderschrijft, heeft de toegankelijkheid van dit type hulpverlening relatief weinig aandacht gekregen in de organisatie van de zorg voor patiënten (NPK Nederland 2005-2010, rapport 2004). Er bestaat in België ook geen richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' zoals dit in Nederland wel het geval is. Hiernaast wijst men ook daar op moeilijkheden bij het implementeren van deze richtlijn in de praktijk (Te Lintel Hekkert & den Hertog, Onderzoeksverslag November 2009 tot februari 2010).

Probleemstelling

Uit diverse onderzoeken blijkt dat kankerpatiënten naast de behoefte aan medische zorg, ook allerhande psychosociale noden hebben. Psychosociale interventies bij kankerpatiënten worden steeds meer erkend een positieve impact te hebben op de levenskwaliteit van de patiënt.

Het AZ Sint-Lucas Gent heeft sinds 2004 een erkenning als gespecialiseerd zorgprogramma voor oncologie. In september 2005 werd 'de Borstkliniek' opgestart met twee borstverpleegkundigen. Later in de tijd kwam er ook een psycholoog verbonden aan de borstkliniek. Dankzij het Nationaal Kankerplan van minister Onkelinx kon deze vorm van begeleiding verder uitgebreid worden naar andere kankerdiagnosen. In 2009 kwam er versterking met extra begeleidingsverpleegkundigen en oncopsychologen. Op die manier ontstond '**het Oncologisch BegeleidingsTeam**' (OBT). Sindsdien is men volop bezig met het verder uitbouwen en uitbreiden van psychosociale ondersteuning voor kankerpatiënten en hun naasten. Zowel de praktijk als de literatuur leert ons evenwel dat het implementeren van psychosociale oncologische zorg in de bestaande zorgtrajecten niet vanzelfsprekend is. Het lijkt belangrijk dat er zowel maatschappelijk, als in het ziekenhuis een draagvlak aanwezig is (CHI symposium, 2010; Remie & Grol, 2002). Dit is op zich geen vreemd gegeven. Het implementeren van veranderingen vraagt altijd een groeiproces.

Een eerste basisondersteuning gebeurt door artsen en verpleegkundigen die de dagdagelijkse zorg van patiënten opnemen. Hiernaast zijn er de begeleidingsverpleegkundigen van het OBT die aan trajectbegeleiding doen en als het ware bij elke (nieuw gediagnosticeerde) patiënt ingeschakeld worden. Zij geven informatie, praktische en morele ondersteuning. Tot op heden is dit weliswaar nog niet voor elke kankerdiagnose het geval. De oncopsycholoog

bevindt zich in de tweede lijn en kan op elk moment binnen het zorgtraject ingeschakeld worden op vraag van patiënt/familie, of op doorverwijzing van de arts, afdelingsverpleegkundigen of de begeleidingsverpleegkundige. Deze doorverwijzing verloopt tot op heden niet gestructureerd – d.w.z. niet volgens een richtlijn of met behulp van een gevalideerd screeningsinstrument (zoals de Lastmeter). Er werd wel een visietekst opgesteld en verspreid. Aangezien binnen ons ziekenhuis de oncopsycholoog afhankelijk is van het signaleren van psychosociale noden door andere zorgverleners, lijkt het ons zinvol meer zicht te krijgen op hoe en wanneer artsen en verpleegkundigen doorverwijzen naar een oncopsycholoog.

Doelstellingen van het onderzoek

Het onderzoek heeft tot doel het **doorverwijzingsgedrag** van zorgverleners **naar een oncopsycholoog** binnen ons ziekenhuis in kaart te brengen. We willen dit doen vanuit het perspectief van belangrijke verwijzers, meerbepaald artsen en verpleegkundigen. Zij zijn dé zorgverleners die de dagelijkse zorg van patiënten opnemen doorheen hun ziekteproces en behandelingstraject. Bijgevolg kunnen zij een belangrijke rol spelen in het opmerken en signaleren van psychosociale noden ten aanzien van een oncopsycholoog.

Meer specifiek willen we nagaan **in welke mate** en op basis van **welke criteria/motivaties** zorgverleners een oncopsycholoog inschakelen. We vragen ons namelijk af of we op dit moment met ons (psychologisch) zorgaanbod die patiënten bereiken die we zouden willen bereiken, congruent met richtlijnen uit de literatuur omtrent indicaties en risicofactoren voor psychologische begeleiding bij kankerpatiënten (VIKC Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg', 2009; NCI Adjustment to cancer: Anxiety and Distress) en vanuit de visie waar we met ons team naar toe willen. Hierbij aansluitend vragen we ons af of de mate van doorverwijzing en de doorverwijzingscriteria **verschillen** tussen artsen en verpleegkundigen, tussen zorgverleners van verschillende disciplines, en of het aantal jaren ervaring met oncologische/hematologische patiënten hier een rol speelt.

Hiernaast willen we ook nagaan of er eventueel nog **knelpunten/drempels** spelen die het inschakelen van een oncopsycholoog (kunnen) bemoeilijken. We gaan er namelijk van uit dat zorgverleners die meer drempels ervaren, minder zullen doorverwijzen. Hierbij aansluitend vragen we ons af of artsen en verpleegkundigen **verschillen** in de mate waarin zij drempels ervaren, en of zij andere drempels ervaren.

Het opzet wil vanuit de opgedane kennis handvaten/advies formuleren om deze doorverwijzing te optimaliseren. Het wil ook een vooropzet zijn om de psychosociale signalering in ons ziekenhuis verder uit te werken.

METHODE

Deelnemers

Voor dit onderzoek werden in totaal 223 zorgverleners van het AZ Sint-Lucas aangeschreven. Er werd gekozen om die zorgverleners te includeren (zowel artsen als verpleegkundigen) die doorheen de verschillende fasen van het ziekteproces en behandelingstraject in het AZ Sint-Lucas de basiszorg van oncologische patiënten opnemen (Diagnose - Behandeling - Follow-up en herstel - Ziekteprogressie/herval - Palliatieve fase). Er werden 185 verpleegkundigen bevroegd, waaronder (hoofd)verpleegkundigen van de dagkliniek oncologie-hematologie, de dienst radiotherapie, de verblijfsafdeling oncologie-hematologie, de afdelingen heekunde en de afdelingen inwendige. Ook aan de begeleidingsverpleegkundigen werd gevraagd om de enquête in te vullen. Hiernaast werden 38 artsen aangesproken van de volgende disciplines: oncologen-radiotherapeuten-hematologen, pneumologen, gynaecologen, gastro-enterologen, urologen en chirurgen (neuro-NKO-algemene heekunde).

Er kwamen uiteindelijk 115 vragenlijsten ingevuld terug. Dit betekent een **totale respons rate** van **52%** (n=115 / 223). De vragenlijst werd ingevuld door 22 artsen (respons rate 58%, n=22 / 38) en 93 verpleegkundigen (inclusief de 5 begeleidingsverpleegkundigen) (respons rate 50%, n=93 / 185). Tabel 1. biedt een overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers.

Tabel 1. Demografische gegevens van de deelnemers (N=115).

Variabelen		N	%	M	Range
Functie	Arts	19	17		
	Arts-in opleiding	3	3		
	Hoofdverpleegkundige	9	8		
	Verpleegkundige	77	67		
	Begeleidingsverpleegkundige OBT	5	4		
	Andere	2	2		
Ervaring onco/hemato (jaren)				13.7	0-38
Ervaring onco/hemato in AZ Sint-Lucas (jaren)				12.5	0-38
Dienst	Dagkliniek onco-hemato	7	6		
	Dienst radiotherapie	10	9		
	Verblijfsafdeling onco-hemato	10	9		
	Chirurgische afdeling	43	38		
	Inwendige afdeling	28	25		
	Andere	14	13		

Materiaal

De Vragenlijst (zie Bijlage 2). In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een zelf opgestelde, Nederlandstalige schriftelijke vragenlijst die peilt naar het doorverwijzingsgedrag van zorgverleners naar een oncopsycholoog in het AZ Sint-Lucas Gent. Deze kwam tot stand na een uitgebreide literatuurstudie van indicaties voor verwijzing naar een (onco)psycholoog en risicofactoren voor psychosociale ondersteuning, en verschillende overlegmomenten met collega-zorgverleners en (co)promotor.

De enquête bestaat uit drie luiken. Het eerste luik be vraagt een aantal algemene gegevens over de zorgverlener.

Het tweede luik heeft tot doel meer zicht te krijgen op enerzijds de onderliggende motivaties waarvoor zorgverleners een oncopsc holoog inschakelen en anderzijds op de knelpunten/drempels die deze doorverwijzing net kunnen bemoeilijken. De deelnemers kregen de instructie mee de term *'inschakelen'* als zeer ruim op te vatten. Het inschakelen betreft zowel die gevallen waarin men als zorgverlener zelf contact opneemt met een oncopsc holoog (vb. telefonisch, aanspreken op de gang, in een overleg...), alsook wanneer men fungeert als tussenpersoon (vb. het signaleren van psychosociale noden aan de hoofdverpleegkundige of de arts, die vervolgens een oncopsc holoog inschakelt). Deelnemers werden eveneens aangeraden om concrete patiënten(casussen) voor de geest te halen, waarbij dit het geval was. In het tweede luik werd telkens aan de zorgverlener gevraagd om een reeks opgesomde items of uitspraken te scoren op respectievelijk een 6-punten likertschaal gaande van 1='nooit' tot 6='altijd' of een 5-punten likertschaal gaande van 1='helemaal niet mee eens' tot 5='helemaal mee eens'. Indien een uitspraak niet van toepassing was kon ook de score 7='niet van toepassing' toegekend worden.

In het derde en laatste luik werd de ruimte gelaten om eigen aanvullingen en/of suggesties omtrent het be vraagde onderwerp mee te geven.

Procedure

Het opzet werd mondeling door de onderzoeker aan de (geïncludeerde) artsen (bij voorkeur op een MOC of artsenoverleg) en de hoofdverpleegkundigen kort toegelicht. Aan de hoofdverpleegkundigen werd gevraagd zijn/haar afdelingsverpleegkundigen in te lichten over de studie en hen de vragenlijst te overhandigen. De vragenlijst werd uitgedeeld in een geanonimiseerde enveloppe, vergezeld van een schriftelijke informatiebrief (*zie Bijlage 1*) waarin het onderzoeksopzet werd uitgelegd. Aan elke deelnemer werd ook gevraagd om bij deelname aan het onderzoek het formulier 'geïnformeerde toestemming' (informed consent) in te vullen. Er werd gevraagd de vragenlijst in de geanonimiseerde enveloppe terug te bezorgen via de daarvoor voorziene verzamelbox op de afdeling. Het gehandte kende toestemmingsformulier mocht op dezelfde wijze (maar los van de vragenlijst) terugbezorgd worden. De ingevulde vragenlijsten en de gehandte kende toestemmingen werden door de onderzoeker apart van elkaar bewaard om zo de anonimiteit te vrijwaren. Men kon er ook voor kiezen om beiden in aparte enveloppes via de interne post (postvak 196) terug te

bezorgen. De deelnemers kregen ongeveer 3 weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. De onderzoeker ging de vragenlijsten persoonlijk terug ophalen.

Statistische analyse

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS (19.0). Er werd gebruik gemaakt van eenvoudige beschrijvende analyses (frequentietabellen, gemiddelden), analyses met betrekking op verschillen tussen groepen aan de hand van vergelijking van gemiddelden (ANOVA's), en (Pearson) correlaties om de samenhang tussen variabelen na te gaan.

RESULTATEN

We hebben ervoor gekozen om de scores op de vraag '*In welke fase van het ziekteverloop/behandelingstraject verwijst men door naar een oncopsycholoog?*' niet op te nemen in het onderzoek. Vele zorgverleners hadden deze vraag niet goed begrepen of de vraag werd althans niet goed opgesteld zodat ze éénduidig begrepen kon worden. Deze scores werden bijgevolg als onbetrouwbaar beschouwd en uit de analyses verwijderd.

Mate van doorverwijzing en motivaties in het doorverwijzen naar een oncopsycholoog

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de *globale gemiddelde doorverwijzingsscore* (=gemiddelde van alle doorverwijzingsvariabelen samen) van de totale groep zorgverleners (N=115) 3.40 bedraagt. Dit houdt in dat over het algemeen zorgverleners *soms (3) tot vaak (4)* doorverwijzen naar een oncopsycholoog.

Tabel 2. geeft vervolgens een overzicht van de mate waarin zorgverleners doorverwijzen naar een oncopsycholoog, voor de in de enquête opgesomde motivaties/doorverwijzingscriteria. In wat volgt bespreken we enkel de (samengevoegde) percentages wanneer zorgverleners *vaak / zeer vaak tot altijd* gaan doorverwijzen naar een oncopsycholoog wat betreft de opeenvolgende doorverwijzingscriteria:

- 62 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij psychische en emotionele reacties en problemen.*
- 70 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij moeilijke verwerking.*
- Respectievelijk 36 % en 35 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *ter ondersteuning van de naaste omgeving van de patiënt en bij relationele/ familiale spanningen of bezorgdheden.*

- 66% van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *in crisissituaties*.
- 24 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *ter bevordering van de communicatie tussen patiënt, familie en zorgverleners*.
- 35 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid*.
- 47 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *ter ondersteuning tijdens en/of na een slechtnieuwsgesprek*.
- De helft (50 %) van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij patiënten met gebrek aan omkadering*.
- 49 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis*.
- 58 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij een slechte(re) prognose*.
- 48% van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij jongere leeftijd van de patiënt*.
- 37 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij veranderingen in het lichaamsbeeld/zelfbeeld ten gevolge van de ziekte en/of behandeling*.
- 31 % van de zorgverleners verwijst vaak / zeer vaak tot altijd *bij grotere functionele beperkingen en ziektelast*.

Wanneer we hierbij aansluitend de gemiddelde scores op de verschillende doorverwijzingscriteria met elkaar vergelijken (zie Tabel 3), merken we dat zorgverleners gemiddeld **het vaakst doorverwijzen** bij moeilijke verwerking (M=4.02), in crisissituaties (M=3.94), bij psychische en emotionele reacties/problemen (M=3.75), en bij een slechte(re) prognose (M=3.70), **maar ook** ter ondersteuning tijdens en/of na slechtnieuwsgesprek (M=3.56), bij patiënten met gebrek aan omkadering (M=3.56), bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis (M=3.51) en bij jongere leeftijd van de patiënt (M=3.43) wordt nog **geregeld (soms tot vaak)** doorverwezen.

Zorgverleners **verwijzen gemiddeld minder door** bij veranderingen in het lichaamsbeeld/zelfbeeld ten gevolge van de ziekte en/of behandeling (M=3.19), ter ondersteuning naaste omgeving van de patiënt (M=3.13), bij relationele/familiale spanningen of bezorgdheden (M=3.06), en bij grotere functionele beperkingen en ziektelast (M=3.03).

Zorgverleners **verwijzen gemiddeld het minst** door ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid (M=3.00) en ter bevordering van communicatie tussen familie en zorgverleners (M=2.86).

Tabel 2. Mate waarin zorgverleners doorverwijzen naar een oncopsycholoog voor de verschillende doorverwijzingscriteria (N=115).

Doorverwijzingscriteria	Mate van doorverwijzing	%
Bij psychische en emotionele reacties en problemen	Nooit	4
	Zelden	14
	Soms	21
	Vaak	35
	Zeer vaak	20
	Altijd	7
Bij moeilijke verwerking	Nooit	1
	Zelden	10
	Soms	18
	Vaak	36
	Zeer vaak	26
	Altijd	9
Ter ondersteuning naaste omgeving van de patiënt	Nooit	4
	Zelden	25
	Soms	35
	Vaak	26
	Zeer vaak	9
	Altijd	1
Bij relationele/familiale spanningen of bezorgdheden	Nooit	7
	Zelden	21
	Soms	36
	Vaak	29
	Zeer vaak	6
	Altijd	0

Bij crisis	Nooit	4
	Zelden	11
	Soms	20
	Vaak	30
	Zeer vaak	26
	Altijd	10
Communicatie bevorderen tussen patiënt, familie en zorgverleners	Nooit	6
	Zelden	33
	Soms	37
	Vaak	18
	Zeer vaak	4
	Altijd	2
Ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid	Nooit	7
	Zelden	35
	Soms	23
	Vaak	22
	Zeer vaak	10
	Altijd	3
Ter ondersteuning tijdens en/of na slechtnieuwsgesprek	Nooit	2
	Zelden	15
	Soms	36
	Vaak	25
	Zeer vaak	17
	Altijd	5
Bij patiënten met gebrek aan omkadering	Nooit	2
	Zelden	18
	Soms	30
	Vaak	28
	Zeer vaak	17
	Altijd	5

Bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis	Nooit	2
	Zelden	20
	Soms	29
	Vaak	28
	Zeer vaak	17
	Altijd	4
Bij slechte(re) prognose	Nooit	2
	Zelden	20
	Soms	20
	Vaak	27
	Zeer vaak	27
	Altijd	4
Jongere leeftijd patiënt	Nooit	4
	Zelden	23
	Soms	26
	Vaak	27
	Zeer vaak	17
	Altijd	4
Bij veranderingen in lichaamsbeeld/zelfbeeld ten gevolge van de ziekte en/of behandeling	Nooit	5
	Zelden	23
	Soms	35
	Vaak	24
	Zeer vaak	11
	Altijd	2
Bij grotere functionele beperkingen en ziektelast	Nooit	5
	Zelden	30
	Soms	34
	Vaak	23
	Zeer vaak	6
	Altijd	2

Tabel 3. Gemiddelde scores op de verschillende doorverwijzingscriteria (in volgorde van belangrijkheid) (N=115).

Doorverwijzingscriteria	Gemiddelde (M)	Standaarddeviatie (SD)
Bij moeilijke verwerking	4.02	1.14
Bij crisis	3.94	1.27
Bij psychische en emotionele reacties en problemen	3.75	1.23
Bij slechte(re) prognose	3.70	1.24
Ter ondersteuning tijdens en/of na slechtnieuwsgesprek	3.56	1.15
Bij patiënten met gebrek aan omkadering	3.56	1.18
Bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis	3.51	1.17
Jongere leeftijd patiënt	3.43	1.22
Bij veranderingen in lichaamsbeeld/zelfbeeld ten gevolge van ziekte en/of behandeling	3.19	1.11
Ter ondersteuning naaste omgeving van de patiënt	3.13	1.05
Bij relationele/familiale spanningen of bezorgdheden	3.06	1.02
Bij grotere functionele beperkingen en ziektelast	3.03	1.07
Ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid	3.00	1.22
Communicatie bevorderen tussen patiënt, familie en zorgverleners	2.86	1.03

Hierbij aansluitend vroegen we ons af of de mate van doorverwijzing en de doorverwijzingscriteria **verschillen** tussen artsen en verpleegkundigen, tussen zorgverleners van verschillende disciplines, en of het aantal jaren ervaring met oncologische/hematologische patiënten hierbij een rol speelt. Om verschillen in doorverwijzing tussen groepen na te gaan, werd een reeks ANOVA's uitgevoerd. De begeleidingsverpleegkundigen werden niet opgenomen in deze analyses omdat ze een te kleine groep representeren. Er werd geen significant verschil teruggevonden tussen artsen en verpleegkundigen ($F(1,108)=0.08$, $p=0.77$) en tussen zorgverleners van verschillende disciplines ($F(5,106)=0.87$, $p=0.50$) wat betreft de globale gemiddelde doorverwijzingsscore. Artsen en verpleegkundigen verschilden wel wat hun gemiddelde doorverwijzingsscore betreft voor volgende criteria; ter ondersteuning tijdens

of na slechtnieuwsgesprek (3,73 voor verpleegkundigen versus 2,95 voor artsen, $F(1,105)=8.12$, $p<0.01$) en bij een slechtere prognose (3,82 voor verpleegkundigen versus 3,14 voor artsen, $F(1,106)=5.03$, $p<0.05$).

Er werd geen significante samenhang teruggevonden tussen het aantal jaar ervaring met onco/hematopatiënten (algemeen) en het aantal jaar ervaring met onco/hematopatiënten in het AZ Sint-Lucas en de globale gemiddelde doorverwijzingsscore (voor beiden Pearson correlatiecoëfficiënt $r=-0.17$, respectievelijk $p=0.08$ en $p=0.09$).

Drempels of knelpunten in het doorverwijzen naar een oncopycholoog

De *globale gemiddelde score* waarbij zorgverleners (al dan niet) erkennen knelpunten/drempels te ervaren in het doorverwijzen naar een oncopycholoog door een score toe te kennen op een 5-punten likertschaal gaande van 1='helemaal niet mee eens' tot 5='helemaal mee eens', voor de totale groep zorgverleners ($N=115$) bedraagt 2.20. Dit houdt in dat over het algemeen zorgverleners weinig drempels ervaren (*niet mee eens*) in het doorverwijzen van patiënten naar een oncopycholoog. Van de 10 geformuleerde drempels, werden allen lager of gelijk aan 2.87 gescoord (zie Tabel 4).

Tabel 5. geeft vervolgens een overzicht van de mate waarin zorgverleners (al dan niet) knelpunten/drempels ervaren in het doorverwijzen naar een oncopycholoog. In wat volgt bespreken we enkel de (samengevoegde) percentages wanneer zorgverleners het er *helemaal mee eens/meer eens* zijn wat betreft de opgesomde drempels:

- 7 % van de zorgverleners geeft aan *niet te weten dat er oncopychologen waren in ons ziekenhuis* (helemaal mee eens/meer eens).
- 22 % van de zorgverleners geeft aan *onvoldoende zicht te hebben op wat een oncopycholoog doet* (helemaal mee eens/meer eens).
- 25 % van de zorgverleners geeft aan het *moeilijk te vinden om in te schatten wanneer een oncopycholoog in te schakelen* (helemaal mee eens/meer eens).
- 8 % van de zorgverleners geeft aan er *zich niet echt van bewust te zijn dat zij(zelf) een rol kunnen spelen in het signaleren van psychosociale noden aan een oncopycholoog* (helemaal mee eens/meer eens).
- 3% van de zorgverleners geeft aan het *niet deel uitmakend te vinden van zijn taak om psychosociale noden te signaleren aan een oncopycholoog* (helemaal mee eens/meer eens).

- 18 % van de zorgverleners geeft aan *het moeilijk te vinden om een oncopsycholoog voor te stellen bij een patiënt* (helemaal mee eens/mee eens).
- 30 % ervaart een *(hoge) drempel bij patiënten wanneer zij een oncopsycholoog ter sprake brengen* (helemaal mee eens/mee eens).
- 23 % geeft aan *onvoldoende feedback te krijgen van een oncopsycholoog na een verwijzing* (helemaal mee eens/mee eens).
- 2% denkt *niet dat de interventies van een oncopsycholoog een meerwaarde hebben* (helemaal mee eens/mee eens).
- 32 % van de zorgverleners ervaart *praktische drempels* (helemaal mee eens/mee eens).

Tabel 4. Gemiddelde scores op de verschillende drempels (in volgorde van belangrijkheid) (N=115).

Drempels	Gemiddelde (M)	Standaarddeviatie (SD)
Ik ervaar een (hoge) drempel bij patiënten wanneer ik een oncopsycholoog ter sprake breng	2.87	0.97
Ik ervaar praktische drempels (tijdsdruk, bereikbaarheid ed.)	2.76	1.18
Ik krijg onvoldoende feedback van een oncopsycholoog na een verwijzing	2.62	1.14
Ik vind het moeilijk om in te schatten wanneer een oncopsycholoog in te schakelen	2.57	1.12
Ik heb onvoldoende zicht op wat een oncopsycholoog doet	2.33	1.19
Ik vind het moeilijk een oncopsycholoog voor te stellen bij een patiënt	2.22	1.08
Ik vind het niet deel uitmakend van mijn functie/taak om psychosociale noden te signaleren aan een oncopsycholoog	1.52	0.767
Ik wist niet dat er oncopsychologen waren in ons ziekenhuis	1.50	0.92
Ik denk niet dat de interventies van een oncopsycholoog een meerwaarde hebben	1.48	0.66

Tabel 5. Mate waarin zorgverleners (al dan niet) drempels ervaren in het doorverwijzen naar een oncopycholoog door een score toe te kennen op een 5-punten likertschaal gaande van 1='helemaal niet mee eens' tot 5='helemaal mee eens' (N=115).

Drempels	5-punten Likert	%
Ik wist niet dat er oncopychologen waren in ons ziekenhuis	Helemaal niet mee eens	69
	Niet mee eens	20
	Neutraal	4
	Mee eens	5
	Helemaal mee eens	2
Ik heb onvoldoende zicht op wat een oncopycholoog doet	Helemaal niet mee eens	28
	Niet mee eens	37
	Neutraal	13
	Mee eens	18
	Helemaal mee eens	4
Ik vind het moeilijk om in te schatten wanneer een oncopycholoog in te schakelen	Helemaal niet mee eens	16
	Niet mee eens	42
	Neutraal	17
	Mee eens	21
	Helemaal mee eens	4
Ik ben er mij niet echt van bewust dat ik(zelf) een rol kan spelen in het signaleren van psychosociale noden aan een oncopycholoog	Helemaal niet mee eens	39
	Niet mee eens	40
	Neutraal	13
	Mee eens	5
	Helemaal mee eens	3
Ik vind het niet deel uitmakend van mijn taak om psychosociale noden te signaleren aan een oncopycholoog	Helemaal niet mee eens	58
	Niet mee eens	35
	Neutraal	4
	Mee eens	1
	Helemaal mee eens	2

Ik vind het moeilijk een oncopycholoog voor te stellen bij een patiënt	Helemaal niet mee eens	30
	Niet mee eens	37
	Neutraal	16
	Mee eens	17
	Helemaal mee eens	1
Ik ervaar een (hoge) drempel bij patiënten wanneer ik een oncopycholoog ter sprake breng	Helemaal niet mee eens	4
	Niet mee eens	37
	Neutraal	29
	Mee eens	26
	Helemaal mee eens	4
Ik krijg onvoldoende feedback van een oncopycholoog na een verwijzing	Helemaal niet mee eens	18
	Niet mee eens	32
	Neutraal	27
	Mee eens	17
	Helemaal mee eens	6
Ik denk niet dat de interventies van een oncopycholoog een meerwaarde hebben	Helemaal niet mee eens	59
	Niet mee eens	36
	Neutraal	4
	Mee eens	2
	Helemaal mee eens	0
Ik ervaar praktische drempels	Helemaal niet mee eens	12
	Niet mee eens	39
	Neutraal	17
	Mee eens	24
	Helemaal mee eens	8

Om na te gaan of artsen en verpleegkundigen **verschillen** in de mate waarin zij drempels ervaren en of ze andere drempels ervaren, werd een reeks ANOVA's uitgevoerd. De begeleidingsverpleegkundigen werden (opnieuw) niet opgenomen in deze vergelijkende analyses omdat ze een te kleine groep representeren. Er werd geen significant verschil teruggevonden tussen artsen en verpleegkundigen ($F(1,108)=3.53$, $p=0.06$) wat betreft de globale gemiddelde drempelscore. Er werd enkel een significant verschil teruggevonden tussen artsen en verpleegkundigen wat betreft het ervaren van een (hoge) drempel bij patiënten wanneer men als zorgverlener een oncopycholoog ter sprake brengt (3.00 voor verpleegkundigen versus 2.41 voor artsen, $F(1,106)=6.80$, $p=0.01$) en het ervaren van

praktische drempels (2.95 voor verpleegkundigen versus 2.36 voor artsen, $F(1,106)=4.72$, $p < 0.05$).

We zijn er van uit gegaan dat zorgverleners die *meer drempels* ervaren, *minder* zullen *doorverwijzen*. Dit werd bevestigd door onze resultaten. Er werd een significante negatieve samenhang (Pearson correlatiecoëfficiënt $r=-0.42$, $p<0.01$) van gemiddelde grootte teruggevonden tussen de mate dat zorgverleners gaan doorverwijzen en de mate dat zorgverleners drempels ervaren.

BESPREKING EN CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek was het doorverwijzingsgedrag van zorgverleners naar een oncopsycholoog binnen ons ziekenhuis in kaart te brengen. Meerbepaald door deze zorgverleners te gaan bevragen in welke mate en op basis van welke criteria/motivaties zij een oncopsycholoog inschakelen. We wilden namelijk te weten komen of we op dit moment met ons (psychologisch) zorgaanbod die patiënten bereiken die we willen bereiken, congruent met richtlijnen uit de literatuur omtrent indicaties en risicofactoren voor psychologische begeleiding bij kankerpatiënten (VIKC Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg', 2009; NCI Adjustment to cancer: Anxiety and Distress) en vanuit de visie waar we met ons team naar toe willen.

Het onderzoek toont aan dat zorgverleners over het algemeen vrij frequent (*soms tot vaak*) doorverwijzen naar een oncopsycholoog. Zorgverleners **verwijzen het vaakst en het meest éénduidig** (kleinere spreiding van de percentages) naar een oncopsycholoog bij moeilijke verwerking, in crisissituaties, bij psychische en emotionele reacties/problemen, en bij een slechte(re) prognose. Deze motivaties zijn in overeenstemming met belangrijke indicaties voor doorverwijzing volgens de hierboven vermelde richtlijnen.

Hiernaast stellen we vast dat **ongeveer de helft van de zorgverleners** (percentages om en bij de 50 %) *vaak, zeer vaak tot altijd* doorverwijzen tijdens/na het plaatsvinden van een slechtnieuwsgesprek, bij patiënten met gebrek aan omkadering, bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis en bij een jongere leeftijd van de patiënt . Dit houdt in dat toch ongeveer de helft van de zorgverleners aangeeft niet enkel op basis van expliciete noden te verwijzen, maar toch ook een **aantal risicofactoren voor psychosociale problemen in rekening brengen** bij een doorverwijzing naar een oncopsycholoog.

Zorgverleners **verwijzen minder en ook minder éénduidig** door (grotere spreiding van de percentages) bij veranderingen in het lichaamsbeeld/zelfbeeld ten gevolge van de ziekte en/of behandeling, en bij grotere functionele beperkingen en ziektelast. Deze in de literatuur aangehaalde indicaties en/of risicofactoren lijken veel minder (h)erkend te worden door zorgverleners. Hetzelfde geldt voor de indicaties ter ondersteuning van de naaste omgeving van de patiënt en bij relationele/ familiale spanningen of bezorgdheden. Het lijkt ons niet verrassend dat (primaire) zorgverleners in eerste instantie vooral oog hebben voor de noden van de patiënt, die uiteraard centraal staat in hun dagelijkse zorgtaak. Toch geeft de literatuur aan dat partners die zorg dragen voor kankerpatiënten soms zelfs meer distress vertonen dan de kankerpatiënten zelf (Braun, Mikulincer & Rydall, 2007). De ruimere familiale context wordt door sommige zorgverleners nog te weinig herkend als deel van de totaalzorg voor de patiënt.

Zorgverleners **verwijzen het minst** ter bevordering van communicatie tussen patiënt, familie en zorgverleners, en ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid. Ookal zijn dit indicaties voor psychologische begeleiding aansluitend bij de VIKC Richtlijn (*'als psychische problemen interfereren met de medische behandeling of het herstel belemmeren'*; *'wanneer er sprake is van problemen in de arts-patiënt communicatie en verwachtingen of opvattingen niet overeenstemmen met het medisch beleid'*) en aansluitend bij onze visie vanuit het team (zoals geformuleerd in onze visietekst). Zorgverleners zien deze laatste misschien niet als een reden 'an sich' om door te verwijzen, maar hiertegenover kunnen wij vanuit de praktijk stellen dat wij merken hier als oncopsychologen in onze begeleidingen (taakinhoud) heel vaak mee bezig te zijn.

Arsten en verpleegkundigen verschillen over het algemeen niet in de mate van doorverwijzing naar een oncopsycholoog. Verpleegkundigen lijken wel vaker dan artsen door te verwijzen naar een oncopsycholoog, ter ondersteuning tijdens of na een slechtnieuwsgesprek en bij een slechte(re) prognose. Op zich is dit een beetje een vreemde bevinding aangezien het de artsen zijn die het slechtnieuwsgesprek voeren en zij een beter zicht hebben op de prognose van de patiënt.

Hiernaast wilden we met dit onderzoek ook nagaan of er eventueel nog knelpunten/drempels spelen die het inschakelen van een oncopsycholoog (kunnen) bemoeilijken. Zorgverleners geven **over het algemeen** aan **weinig** (overtuigende) **drempels** te ervaren in het doorverwijzen van patiënten naar een oncopsycholoog. Deze resultaten zijn consistent met reeds vroeger uitgevoerd onderzoek van Eakin en Strycker (2001) met als doel de doorverwijzing van oncologische patiënten naar ondersteunende diensten en hun gebruik

hiervan beter te begrijpen. Ook daar is gebleken dat zorgverleners zelf weinig drempels aangeven om door te verwijzen naar ondersteunende diensten. Toch lijkt het belangrijk om hier een kantlijn bij te formuleren. Aangezien in dit onderzoek zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener, als vanuit het perspectief van de patiënt gekeken werd, kon namelijk een zekere inconsistentie aan het licht gebracht worden. Zorgverleners zélf gaven aan veel meer door te verwijzen, in vergelijking met de ervaring van patiënten doorverwezen te worden (ongeveer 70 % van de zorgverleners gaf aan hun patiënten door te verwijzen naar ondersteunende diensten, terwijl slechts 24 % van de patiënten aangaf dat zij hieromtrent door hun zorgverlener waren aangesproken). Bovendien gaven patiënten, het niet op de hoogte zijn een beroep te kunnen doen op deze ondersteunende diensten en het gebrek aan verwijzing door de zorgverlener, als belangrijkste drempels aan (Eakin & Strycker, 2001). Het zou dus kunnen dat ook in ons onderzoek de zorgverleners zichzelf té rooskleurig beoordelen in de mate van doorverwijzen naar een oncopsycholoog, alsook in het aangeven weinig drempels te ervaren. Gezien deze laatste bemerking en het uiteindelijke doel van dit onderzoek om een aantal praktische adviezen te formuleren om de doorverwijzing te optimaliseren, willen wij in wat volgt toch die drempels die een kleinere groep zorgverleners wél ervaart wat dieper exploreren.

Wanneer een **kleinere groep zorgverleners** dan toch drempels rapporteert, wordt het ervaren van een (hoge) drempel bij patiënten wanneer zorgverleners een oncopsycholoog ter sprake brengen, als belangrijkste drempel naar voren geschoven. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat patiënten een zekere weerstand hebben om hulp te zoeken voor psychosociale noden en om doorverwezen te worden (Maguire, Faulkner, Booth, Elliott & Hillier, 1996). Hiernaast leeft het idee dat de arts het initiatief moet nemen (Detmar, Aaronson, Wever, Muller & Schornagel, 2000). De manier waarop de arts systematisch aandacht schenkt aan de psychosociale noden van de patiënt (kwaliteit van de doorverwijzing), lijkt een belangrijke faciliterende factor te zijn om op een doorverwijzing in te gaan (Curry, Cossich, Matthews, Beresford & McLachlan, 2002; Eakin & Strycker, 2001).

Hiernaast ervaart ongeveer één op drie zorgverleners praktische drempels. Ongeveer één op vier zorgverleners geeft aan onvoldoende feedback te krijgen van een oncopsycholoog na een verwijzing, vindt het moeilijk om in te schatten wanneer nu juist een oncopsycholoog in te schakelen en geeft aan onvoldoende zicht te hebben op wat een oncopsycholoog doet. Uitspraken zoals “ik vind het niet deel uitmakend van mijn taak om psychosociale noden te signaleren aan een oncopsycholoog”, “ik wist niet dat er oncopsychologen waren in ons

ziekenhuis” en “ik denk niet dat de interventies van een oncopsycholoog een meerwaarde hebben” werden door de overgrote meerderheid (en dus vrij éénduidig) ontkend en spelen bijgevolg het minst als drempels. Uit dit laatste kunnen we dus concluderen dat zorgverleners het als deel van hun taak zien om psychosociale noden te signaleren aan een oncopsycholoog. Zij gaan er dus zelf mee akkoord dat zij (zoals beschreven in de literatuur) een belangrijke rol kunnen spelen in het doorverwijzen naar een oncopsycholoog. Hiernaast lijken de oncopsychologen (op de meeste afdelingen) voldoende bekend bij de zorgverleners. Ook blijkt dat zorgverleners er van overtuigd zijn dat psychologische interventies een meerwaarde kunnen hebben bij het bieden van totaalzorg aan de oncologische patiënten in ons ziekenhuis.

Verpleegkundigen ervaren vaker een (hoge) drempel bij patiënten wanneer men als zorgverlener een oncopsycholoog ter sprake brengt en ervaren meer praktische drempels in vergelijking met artsen, al is het ervaren van die drempel nog steeds relatief klein (respectievelijke gemiddelde scores= 3.00 en 2.95). Dat verpleegkundigen meer praktische drempels ervaren zou deels verklaard kunnen worden door antwoorden die ons aangereikt werden via de gestelde open vraag naar *‘andere drempels die mogelijks een rol kunnen spelen?’*. (Hoofd)verpleegkundigen geven aan dat zij niet het mandaat hebben om zelf (autonoom) een oncopsycholoog in te schakelen. Dit dient heel vaak via de arts om te gebeuren. Dit zorgt er misschien niet altijd voor dat er geen doorverwijzing komt, maar ze wordt er op zijn minst door bemoeilijkt of vertraagd.

Wij zijn er van uit gegaan dat zorgverleners die **meer drempels ervaren, minder zullen doorverwijzen**. Dit werd bevestigd door onze resultaten. Toch is de teruggevonden significante (negatieve) correlatie kleiner dan 0.50. Dit betekent dat 50 % van de niet-doorverwijzingen niet verklaard kan worden door de 10 opgesomde drempels. Het is mogelijk dat andere niet-vernoemde drempels een rol spelen. Uit de analyse van de open vraag naar andere drempels die mogelijks een rol kunnen spelen, blijkt dat het voor zorgverleners niet steeds duidelijk is naar welke discipline binnen het OBt ze moeten doorverwijzen; de oncopsycholoog of de begeleidingsverpleegkundige, alsook de differentiatie met andere psychosociale hulpverleners van de sociale dienst en het palliatief support team lijkt voor de zorgverlener niet altijd een evidentie. Zorgverleners geven ook aan dat eens een begeleidingsverpleegkundige betrokken is, het moeilijker wordt om de meerwaarde van een oncopsycholoog te zien. Hiernaast gaan (sommige) zorgverleners er ook van uit dat de begeleidingsverpleegkundige de oncopsycholoog wel zal inschakelen. Hoe meer de begeleidingsverpleegkundige in de toekomst geïntegreerd geraakt in de verschillende zorgtrajecten, hoe meer zij haar

signaleringsrol ten aanzien van de oncopsycholoog zal kunnen opnemen. Toch blijven we het belangrijk vinden dat ook artsen en afdelingen notie hebben van onze aanwezigheid én ook zij kunnen doorverwijzen naar ons. Het ruimer multidisciplinair samenwerken rond de patiënt blijft noodzakelijk wil men van een totaalzorg kunnen spreken.

Toch vinden we het belangrijk voorzichtig te zijn met het trekken van conclusies uit dit onderzoek en dienen we de resultaten te relativiseren in het kader van een aantal **methodologische beperkingen en/of limieten van de studie**. Om het doorverwijzingsgedrag van zorgverleners in ons ziekenhuis in kaart te brengen, werden diezelfde zorgverleners hierover bevestigd. Dit had als voornaamste doel de perceptie van die zorgverleners te kennen waarvan wij ervan uitgaan dat zij een belangrijke rol hebben in het detecteren en signaleren van psychosociale noden ten aanzien van gespecialiseerde psychosociale hulpverleners die in de tweede lijn actief zijn, zoals in dit geval een oncopsycholoog. Dit betekent wel dat wij er ten allen tijde rekening moeten mee houden dat het om hun persoonlijke perceptie gaat. Zo kunnen effecten van sociale wenselijkheid meegespeeld hebben in hun antwoordgedrag. Dat de onderzoeker geen onafhankelijk iemand was, maar een collega waarmee men samenwerkt, zou hierbij een rol gespeeld kunnen hebben.

Er werd gekozen om bij het bevestigen van de doorverwijzingscriteria, alsook bij het in kaart brengen van de drempels tot doorverwijzing een aantal antwoordmogelijkheden aan te bieden, zodat zorgverleners enkel aan te kruisen hadden welke items op hen van toepassing waren. Dit had als doel de bereidheid van zorgverleners om de vragenlijst in te vullen (en niet zomaar naast zich neer te leggen) te verhogen en een zo groot mogelijke groep zorgverleners te bereiken. Deze methode kan er misschien voor gezorgd hebben dat zorgverleners meer gestuurd werden te antwoorden in de richting van de (op literatuur gebaseerde) aangeboden antwoordmogelijkheden, dan misschien met open vragen het geval was geweest.

De totale respons rate van het onderzoek bedroeg 52%. Deze lage responsrate zou het gevolg kunnen zijn van het includeren van een zeer heterogene groep van zorgverleners. De keuze om al die zorgverleners te bevestigen die doorheen de verschillende fasen van het zorgtraject ook maar enig contact hebben met oncologische patiënten, maakt dat ook zorgverleners bevestigd werden met een veel heterogenere patiëntenpopulatie en die bijgevolg slechts sporadisch met oncologische patiënten (en een oncopsycholoog) in contact komen. Hiernaast werden verpleegkundigen niet persoonlijk aangesproken, maar via de

hoofdverpleegkundige. Zijn of haar bereidheid om de afdelingsverpleegkundigen te stimuleren de vragenlijst in te vullen kan eveneens een invloed gehad hebben.

Tot slot kunnen we ook stellen dat er geen veralgemening van deze resultaten mogelijk is naar andere ziekenhuizen, daarvoor is de steekproef niet voldoende representatief. Ze geven enkel een beeld van hoe zorgverleners doorverwijzen binnen het AZ Sint-Lucas.

Rekening houdende met deze methodologische beperkingen, willen we aan de hand van de inzichten uit dit onderzoek, **enkele suggesties** doen **voor toekomstig onderzoek**. Het lijkt ons zinvol om meer (ongericht) kwalitatief onderzoek te doen bij een kleinere groep zorgverleners, met als doel meer zicht te krijgen op persoonlijke attitudes en bepaalde opvattingen die leven bij zorgverleners omtrent psychosociale noden bij oncologische patiënten en in welke mate zij vinden dat een oncopycholoog hier een rol kan spelen. Hiernaast lijkt het ons interessant om ook eens patiënten te gaan bevragen hoe zij een doorverwijzing naar een oncopycholoog ervaren. Wat zijn voor hen redenen, motivaties waarvoor ze doorverwezen willen worden? Alsook wat zorgt ervoor dat zij op een doorverwijzing zullen ingaan versus wat houdt hen tegen ? (in kaart brengen van faciliterende factoren versus drempels).

Tot slot willen wij eindigen met het formuleren van een **aantal praktische handvaten en adviezen** om de doorverwijzing naar een oncopycholoog te optimaliseren. Over het algemeen kunnen we dus concluderen dat we (ondanks de afwezigheid van duidelijke richtlijnen of een gevalideerd screeningsinstrument om deze doorverwijzing te sturen) het nog zo slecht niet doen in ons ziekenhuis wat de doorverwijzing naar een oncopycholoog betreft. Zorgverleners gaan niet enkel op basis van expliciete noden verwijzen, maar brengen ook een aantal risicofactoren voor psychosociale problemen in rekening bij een doorverwijzing naar een oncopycholoog. Toch zijn er een aantal van de in de literatuur aangehaalde indicaties en/of risicofactoren die veel minder (h)erkend lijken te worden door zorgverleners. Een verduidelijking van de indicaties voor psychologische begeleiding lijkt ons aangewezen. Dit kan op verschillende manieren verwezenlijkt worden vb. door het organiseren van een vorming voor zorgverleners of vb. door het opstellen en verspreiden van een checklist aan de hand waarvan de zorgkundige de psychosociale context kan inschatten. In deze context lijkt het ook zinvol het advies van de Vlaamse Liga tegen Kanker (zoals geformuleerd in het Memorandum voor de federale regeringsonderhandelingen van 2010) te vermelden, waarbij gesteld wordt

dat het multidisciplinair oncologisch handboek duidelijke afspraken of richtlijnen zou moeten bevatten over de organisatie van de psychosociale zorg in het ziekenhuis o.a. ook wat betreft de verwijzing van oncologische patiënten naar psychosociale hulpverleners. Ook zouden we alsnog als Oncologisch BegeleidingsTeam (OBT) kunnen beslissen om een gevalideerd screeningsinstrument (zoals de Lastmeter) in te voeren om het doorverwijzingsgedrag te sturen. Hierbij dienen dan wel een aantal praktische implicaties overwogen te worden (o.a. wie zal de vragenlijst afnemen? ,...). Het onderzoek hoopt alvast een aanzet te zijn geweest om eens dieper stil te staan bij hoe wij als oncoppsychologen op dit moment patiënten doorverwezen krijgen.

Ookal geven zorgverleners over het algemeen aan weinig (overtuigende) drempels te ervaren in het doorverwijzen van patiënten naar een oncoppsycholoog, toch kunnen wij op basis van een analyse van de drempels bij een kleinere groep zorgverleners (die ze wel als dusdanig ervaart) een aantal inzichten meenemen. Het lijkt belangrijk dat wij ons als oncoppsychologen ten aanzien van patiënten zo laagdrempelig mogelijk opstellen, maar ook de (primaire) zorgverlener kan hierbij een belangrijke faciliterende rol spelen door de manier waarop hij of zij de doorverwijzing aanbrengt (kwaliteit van de doorverwijzing). Hiernaast lijkt het belangrijk om als oncoppsycholoog voldoende feedback te geven na een verwijzing (bij voorkeur schriftelijk via een centraal systeem zodat de verschillende zorgverleners dit kunnen raadplegen). Ook een toelichting omtrent de verduidelijking van de taakomschrijving van een oncoppsycholoog (in het kader van een algemene vorming of verduidelijking op de dienst) en het verschil met andere psychosociale hulpverleners zou een zinvol initiatief kunnen zijn.

Niet onbelangrijk lijkt het ons tot slot te eindigen met de positieve vermelding dat zorgverleners er zelf mee akkoord gaan dat zij (zoals omschreven in de literatuur) een belangrijke rol kunnen spelen in het signaleren van psychosociale noden ten aanzien van een oncoppsycholoog en dus in het doorverwijzen naar een oncoppsycholoog. Ook blijkt dat zorgverleners er van overtuigd zijn dat psychologische interventies een meerwaarde kunnen hebben bij het bieden van totaalzorg aan oncologische patiënten in ons ziekenhuis. Beiden kunnen enkel faciliterend werken bij het verder uitbouwen van de psychosociale ondersteuning van oncologische patiënten (en hun familie) in ons ziekenhuis.

REFERENTIES

- Braun, M., Mikulincer, M. & Rydall, A. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4829-4834.
- Curry, C., Cossich, T., Matthews, J. P., Beresford, J. & McLachlan, S. A. (2002). Uptake of Psychosocial referrals in an outpatient cancer setting: improving service accessibility via the referral process. *Support Care Cancer*, 10, 549-555.
- de Haes, J. C. J. M., Gualthérie van Weezel, L. M. & Sanderman, R. (2009). Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional. Assen: van Gorcum.
- Detmar, S., Aaronson, N., Wever, L., Muller, M. & Schornagel, J. (2000). How are you feeling? Who wants to know ? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *Journal of Clinical Oncology* ,18, 3295-3301.
- Eakin, E. G. & Strycker, L. A. (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patiënts with breast, prostate, or coloncancer: patiënt and provider perspectives. *Psycho-oncology*, 10, 103-113.
- Helden, van. C. J. M. (2004). Evaluatie van een Signaleringslijst voor Vroegtijdige Signalering van Psychosociale Problemen bij Kankerpatiënten. Faculteit Psychologie (Gezondheidspsychologie), Open Universiteit Nederland.
- Kok, E. de, Garssen, B., Kuiper, A. J., Kruijver I. P. M. & Visser, A. P. Signaleren op recept. Implementatie van de Signaleringslijst voor Psychosociale Problematiek in de oncologie. Rapport HDI en KWF, 2006.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C. & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32, 78-81.
- Nationaal Programma Kankerbestrijding Nederland (NPK) 2005-2010, rapport 2004.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guideline in oncology: Distress Management; 2008. US.
- National Cancer Institute (NCI) Adjustment to cancer: Anxiety and Distress (PDQ) Health Professional Version.
- Memorandum van de Vlaamse Liga tegen Kanker voor de federale regeringsonderhandelingen van juni 2010
- Onkelinx, L. (10 maart 2008). Nationaal Kankerplan. 3 Debatdagen, 30 Ontmoetingen, 30 Initiatieven. Brussel.

- Razavi, D., Merckaert, I. & Libert, Y. (2005). Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten. Vol 1,2 en 3. (S.d.)
- Remie, M. & Grol, B. (2002). Van marginaal naar integraal: Psychosociale zorg voor mensen met kanker. *Gedrag & Gezondheid*, 30(3), 223-231.
- Rommel, W. De organisatie van de psychosociale zorg in acht Vlaamse ziekenhuizen. In: Een kritische kijk op het kankerbeleid. Onderzoeksrapport 2009. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker (p. 4-26).
- Te Lintel Hekkert, M. P. & den Hertog, R. Onderzoeksverslag naar de mogelijkheden van de Lastmeter in de eerste lijn (November 2009 tot februari 2010).
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M. & Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice (Use of the distress thermometer). *American Cancer Society*, 15, 870-878.
- Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E. P., Brown, J. M. & Selby, P. J. (2008). The clinical value of quality of life assessment in oncology practice - a qualitative study of patiënt and physician views. *Psycho-Oncology*, 17, 690-8.
- Verdonck-de Leeuw, I. M., de Bree, R., Keizer, A. L., Houffelaar, T., Cuijpers, P., van der Linden, M. H. & Leemans, C.R. (2009). Computerized prospective screening for high levels of emotional distress in head and neck cancer patients and referral rate to psychosocial care. *Oral Oncology*, 45(10), 129-133.
- Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) 2009. Richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg'.
- Walker, M. S., Ristvedt, S. L. & Haughey, B. H. (2003). Patiënt care in multidisciplinary cancer clinics: Does attention to psychosocial needs predict patiënt satisfaction? *Psycho-Oncology*, 12, 291-300.

BIJLAGEN

Bijlage 1: De Informatiebrief voor de deelnemers

Bijlage 2: De Vragenlijst

Informatiebrief voor de deelnemers

Beste collega,

Uit diverse onderzoeken blijkt dat kankerpatiënten naast de behoefte aan medische zorg, ook allerhande psychosociale noden hebben. Psychosociale interventies bij kankerpatiënten worden steeds meer erkend een positieve impact te hebben op de levenskwaliteit van de patiënt. In ons ziekenhuis is men dan ook vollop bezig met het verder uitbouwen/uitbreiden van een psychosociaal ondersteuningsaanbod voor kankerpatiënten en hun naasten. Zowel de praktijk als de literatuur leert ons evenwel dat het implementeren van psychosociale oncologische zorg in de bestaande zorgtrajecten niet vanzelfsprekend is. Dit is op zich geen vreemd gegeven. Het implementeren van veranderingen vraagt altijd een groeiproces.

In het kader van een eindwerk voor de interuniversitaire opleiding 'psycho-oncologie' die ik momenteel volg, wou ik aan de slag gaan met bovenstaand gegeven. Het eindwerk heeft tot doel de doorverwijzing naar een oncopsycholoog binnen ons ziekenhuis in kaart te brengen. Deze verloopt namelijk tot op heden niet gestructureerd. We willen meer zicht krijgen op de onderliggende motivaties waarvoor jullie als zorgverleners een oncopsycholoog inschakelen. Hiernaast willen we ook nagaan of er eventueel nog knelpunten/drempels spelen die het inschakelen van een oncopsycholoog kunnen bemoeilijken.

We willen op bovenstaande vragen een antwoord proberen formuleren aan de hand van een enquête. We vinden het belangrijk om jullie persoonlijke mening hierover te bevragen aangezien jullie als artsen en verpleegkundigen belangrijke verwijzers zijn bij het inschakelen van een oncopsycholoog. Jullie zijn dé zorgverleners die de dagelijkse zorg van patiënten opnemen doorheen hun ziekteproces en behandelingstraject. Bijgevolg kunnen jullie ook een belangrijke rol spelen in het opmerken en signaleren van psychosociale noden ten aanzien van een oncopsycholoog.

Het staat u geheel vrij om aan dit onderzoek mee te doen of deelname te weigeren. Alle verkregen gegevens zullen vertrouwelijk en met respect voor uw privacy worden behandeld. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het AZ Sint-Lucas en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Hiermee wil ik graag een warme oproep doen om de enquête in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten duren. Het uiteindelijke doel is om het ondersteuningsaanbod ten aanzien van patiënten te optimaliseren en de multidisciplinaire samenwerking binnen de totaalzorg rond de patiënt te vergroten.

Indien u bereid bent deel te nemen, gelieve het formulier geïnformeerde toestemming (bijlage 1) in te vullen. U mag het gehandtekening formulier terugbezorgen via de daarvoor voorziene verzamelbox op uw afdeling. De ingevulde vragenlijst (bijlage 2) mag u in diezelfde verzamelbox deponeren in de hierbij voorziene geanonimiseerde enveloppe. De ingevulde vragenlijsten en de gehandtekening toestemmingen worden door de onderzoeker apart van elkaar bewaard. Indien gewenst kan u mij beide ook onder gesloten enveloppe via de interne post (postvak 196) terugbezorgen.

Mocht u nog bijkomende vragen hebben, aarzel niet om mij te contacteren.

Alvast bedankt voor uw deelname !

De Witte Charlotte
Oncopsychologe (Gynaeco-uro-gastro)
AZ Sint-Lucas - Volkskliniek
Charlotte.DeWitte@azstlucas.be
Tel. werk: 09/224 57 91

Bijlage 1: Formulier geïnformeerde toestemming (informed consent)

Bijlage 2: De Vragenlijst

Bijlage 2: De Vragenlijst

Beste Collega,

Alvast bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Kort nog even een inleidend woordje bij de enquête.

Deze enquête bestaat uit drie luiken. Het eerste luik bevroegt een aantal algemene gegevens. Het tweede luik heeft tot doel meer zicht te krijgen op de onderliggende motivaties waarvoor jullie als zorgverleners een oncopsycholoog inschakelen (*'inschakelen'* mag je ruim bekijken, zie verder vermelde opmerking). Hiernaast willen we ook nagaan of er eventueel nog knelpunten/drempels spelen die het inschakelen van een oncopsycholoog kunnen bemoeilijken. In het laatste luik willen we tot slot de ruimte laten voor jullie eigen aanvullingen en/of suggesties omtrent het bevraagde onderwerp.

Algemene gegevens

Wat is uw functie in ons ziekenhuis?

- Arts
- Arts – in opleiding
- Hoofdverpleegkundige
- Verpleegkundige
- Begeleidingsverpleegkundige OBt (Oncologisch BegeleidingsTeam)
- Andere:

Hoe lang werkt u al als zorgverlener met oncologisch en/of hematologische patiënten?

- jaar

Hoe lang werkt u al als zorgverlener met oncologisch en/of hematologische patiënten in óns ziekenhuis?

- jaar

Op welke dienst bent u werkzaam?

- Dagkliniek oncologie-hematologie
- Dienst radiotherapie
- Verblijfsafdeling oncologie-hematologie
- Chirurgische afdeling - heelkunde
- Inwendige afdeling
- Andere:

Het inschakelen van een oncopsycholoog

! Let op !

Het 'inschakelen' van een oncopsycholoog mag u ruim bekijken:

- *U neemt zelf contact op met een oncopsycholoog (vb. telefonisch, aanspreken op de gang, in een overleg...);*
- *U fungeert als tussenpersoon (vb. U signaleert psychosociale noden aan de hoofdverpleegkundige of de arts, die vervolgens een oncopsycholoog inschakelt);*
- *Tip: probeer om concrete patiënten(casussen) voor de geest te halen, waarbij u een oncopsycholoog hebt ingeschakeld.*

Hoe vaak schakelt u in de hieronder opgesomde situaties een oncopsycholoog in?

Duid aan met een kruisje.

Vul gerust aan met niet vernoemde motivaties/situaties waarvoor jij een oncopsycholoog inschakelt.

	Altijd	Zeer vaak	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Bij psychische en emotionele reacties en problemen (verdriet, kwaadheid, angst, depressie...)						
Bij moeilijke verwerking/moeilijk omgaan met de ziekte en de beperkingen ten gevolge van de ziekte en de behandeling						

Bijlage 2: De Vragenlijst

	Altijd	Zeer vaak	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Ter ondersteuning naaste omgeving van de patiënt						
Bij relationele/familiale spanningen of bezorgdheden						
Bij crisis						
Communicatie bevorderen tussen patiënt, familie en zorgverleners						
Ter ondersteuning bij beslissingen rond therapiebeleid (vb. weerstand tav therapie, moeilijkheden met therapietrouw)						
Ter ondersteuning tijdens en/of na slechtnieuwsgesprek						
Bij patiënten met gebrek aan omkadering (alleenstaand, weinig sociale steun,...)						
Bij patiënten met een moeilijke/bezwaarde levensgeschiedenis (psychiatrische voorgeschiedenis, vroegere ingrijpende levensgebeurtenissen,...)						
Bij slechte(re) prognose						

Bijlage 2: De Vragenlijst

Hoe vaak schakelt u in de hieronder opgesomde fasen van het ziekteverloop/behandelingstraject een oncopycholoog in?

Duid aan met een kruisje.

Niet van toepassing= "ik ben niet betrokken als zorgverlener tijdens de opgesomde fase van het ziekteverloop"

	Altijd	Zeer vaak	Vaak	Soms	Zelden	Nooit	Niet van toepassing
Diagnose (diagnosestelling-staging-diagnosemededeling)							
Tijdens behandeling (chirurgie, radiotherapie, chemotherapie)							
Follow-up en herstel (nazorgfase)							
Ziekteprogressie/herval							
Palliatieve fase							

Bijlage 2: De Vragenlijst

Welke van de volgende knelpunten/drempels spelen mogelijk een rol bij het al dan niet inschakelen van een oncopycholoog?

Kruis aan in welke mate volgende uitspraken in deze context voor u van toepassing zijn.

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik wist niet dat er oncopychologen waren in ons ziekenhuis					
Ik heb onvoldoende zicht op wat een oncopycholoog doet					
Ik vind het moeilijk om in te schatten wanneer een oncopycholoog in te schakelen					
Ik ben er mij niet echt van bewust dat ik(zelf) een rol kan spelen in het signaleren van psychosociale noden aan een oncopycholoog					
Ik vind het niet deel uitmakend van mijn functie/taak om psychosociale noden te signaleren aan een oncopycholoog					

Bijlage 2: De Vragenlijst

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik vind het moeilijk een oncopsycholoog voor te stellen bij een patiënt					
Ik ervaar een (hoge) drempel bij patiënten wanneer ik een oncopsycholoog ter sprake breng					
Ik krijg onvoldoende feedback van een oncopsycholoog na een verwijzing					
Ik denk niet dat de interventies van een oncopsycholoog een meerwaarde hebben					
Ik ervaar praktische drempels (tijdsdruk, bereikbaarheid ed.)					

Denkt u zelf nog aan andere knelpunten/drempels die een rol kunnen spelen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

