



Permanente Vorming Psycho-Oncologie
2010-2012

Het optimaliseren van het zorgmodel bij de oncologische patiënt in het AZ Glorieux te
Ronse

*Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding
'psycho-oncologie' door Valérie Muylle*

Promotor: Angelique Verzelen

Copromotor: Sofie Eelen

Inhoudstafel

1	Voorwoord.....	3
2	Abstract.....	4
3	Algemene situering.....	5
3.1	Kanker als chronische ziekte	5
3.2	Multidisciplinaire benadering.....	6
3.3	Patiëntgerichte zorg	7
3.4	Chronic Care Model als referentiekader.....	8
4	Probleemstelling	11
4.1	Inleiding onderzoek	11
4.2	Voorstelling huidig model.....	11
4.3	Doelstellingen onderzoek	12
5	Methode.....	16
5.1	Deelnemers	16
5.2	Procedure	17
5.3	Materiaal.....	18
5.4	Statistische analyse	18
6	Resultaten	19
6.1	Diagnostische fase	19
6.2	Behandelingsfase	21
6.3	Einde behandeling/herstelfase	23
6.4	Palliatieve setting.....	25
6.5	Functioneren in het team	26
7	Discussie.....	29
8	Referenties	33

1 Voorwoord

Het uitvoeren van dit onderzoek en het maken van het eindwerk is mogelijk gemaakt door de hulp van een aantal mensen. Ik wens hen bij deze van harte te danken! In eerste instantie de zorgverleners van het dagziekenhuis. Zonder hun enthousiaste en bereidwillige medewerking was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Daarnaast heb ik de zinvolle begeleiding en bijsturing van Angelique Verzelen enorm geapprecieerd. Verder wens ik Sofie Eelen te danken als copromotor van dit eindwerk en Bettie Goethals voor haar kritische blik op het onderwerp. Tot slot waren de ‘collega’s van den bureau’ een echte steun! Bedankt!

2 Abstract

Door de positieve ontwikkelingen in het gezondheidssysteem kan kanker niet langer beschouwd worden als acute ziekte. De veranderingen naar permanente en langdurige condities bij kanker suggereren de nood aan een complexere zorgverlening. Communicatie tussen de zorgverleners onderling en de patiënt doorheen gans het zorgtraject zijn hierbij essentieel.

Aan de hand van een beschrijvend onderzoek wensen we de huidige zorgverlening te evalueren vanuit het perspectief van de zorgverleners. We maken hierbij gebruik van een semi-gestructureerd interview. We wensen de tevredenheid, knelpunten en noden van de zorgverleners in kaart te brengen.

Er worden 17 zorgverleners van het dagziekenhuis van het AZ Glorieux geïnterviewd, die onderverdeeld worden in drie subgroepen (artsen, verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners). De response rate bedraagt 94%.

Uit de resultaten blijkt dat alle zorgverleners beseffen dat er nood is aan continue zorgverlening doorheen de verschillende fases en willen werken aan de implementatie van een nieuw zorgmodel.

Uit de rapportering van de zorgverleners blijken de subgroepen verschillende visies te hebben over de huidige zorgverlening en verschillende doelstellingen te hebben om te werken naar chronische zorgverlening.

We kunnen besluiten dat dit verkennend onderzoek stof heeft opgeleverd voor verdere discussie omtrent communicatie in het zorgtraject van de patiënt. Dit om onze zorgverlening te optimaliseren en te streven naar de beste kwalitatieve zorg voor onze patiënten.

3 Algemene situering

3.1 *Kanker als chronische ziekte*

Het gezondheidssysteem voor kanker staat voor grote uitdagingen.

Meer en meer worden we in onze maatschappij geconfronteerd met kanker. Eén man op drie en één vrouw op vier zal kanker ontwikkelen voor hun 75^{ste} levensjaar. In Vlaanderen ziet men in tien jaar tijd een jaarlijkse stijging van ongeveer één procent zowel bij mannen als bij vrouwen (Belgian Cancer Registry, 2011).

Deze incidentiestijging kan verklaard worden door een aantal factoren. De ontwikkeling van goede preventie- en screeningsmethoden zorgt voor een betere detectie van de ziekte. Daarnaast zorgt ook de positieve evolutie van de oncologische behandelingsmogelijkheden ervoor dat de levensduur van de kankerpatiënten langer is en het aantal sterfgevallen daalt (De Haes et al., 2009).

De langere levensduur van kankerpatiënten brengt een aantal implicaties met zich mee. Vroeger werd kanker veel meer in een later stadium ontdekt en waren er minder efficiënte behandelingen voorhanden. Kanker was een kortdurende ziekte en was vaak van bij het begin van diagnose gerelateerd aan de dood. Door de huidige positieve ontwikkelingen en de stijging van het overlevingspercentage bij de toenemende groep patiënten tot gevolg, beschouwt men kanker niet langer als een acute ziekte. Kanker moet behandeld worden als een chronische ziekte die niet meer automatisch geassocieerd wordt aan sterven. Patiënten en hun naasten moeten leren leven mét kanker op lange termijn. Ze moeten zich leren aanpassen aan hun ziekte, hun behandeling en hun vernieuwde gezondheidssituatie. Er moet een nieuw evenwicht gezocht worden voor de veranderingen die de ziekte teweeg brengt op verschillende domeinen. Volgens het biopsychosociaal model moet er niet alleen op medisch vlak, maar evengoed op psychologisch en sociaal vlak aangepast worden (Engel, 1977).

3.2 Multidisciplinaire benadering

De veranderingen van acute naar chronische, permanente en langdurige condities van de ziekte en de holistische kijk op kanker suggereren de nood aan een andere kijk op de zorgverstrekking bij deze patiënten. Toen kanker nog kon beschouwd worden als een acute, kortdurende ziekte werd één zorgverlener verantwoordelijk gesteld voor de zorg voor de patiënt. Deze aanpak kan niet langer stand houden (Sy, 2009). Door het langere zorgtraject dat de patiënt doormaakt en de noden op zowel medisch, psychologisch en sociaal vlak zullen meer zorgverleners vanuit verschillende specialismen moeten worden ingeschakeld in het zorgtraject van de patiënt.

Zo ontstaat een multidisciplinair team van zorgverleners dat betrokken wordt in de zorg voor de patiënt. Zorgverleners vanuit verschillende disciplines met eigen vaardigheden, kennis en ervaring worden geacht samen te werken (Friedman & Berger, 2005; Bauwens, Verzelen & Ceunen, 2011; Luxford & Rainbird, 2001; Fennell et al., 2010; Wilcoxon et al., 2011). Als team zijn ze samen verantwoordelijk voor de uitkomst van de patiënt. Multidisciplinaire samenwerking is noodzakelijk om continuïteit van zorg te kunnen garanderen (Millward & Jeffries, 2001). Zowel voor het diagnosticeren en behandelen van de patiënt doorheen het ganse ziekteproces, van bij de diagnose tot de follow-up (Luxford & Rainbird, 2001). Er is duidelijk nood aan een complexer zorgmodel dat een onderbouwd denkkader veronderstelt (Wagner, 2000).

Multidisciplinair teamwerk moet centraal staan om de overlevingstermijn en de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren. De vraag blijft echter hoe zo'n team best functioneert. Wat is nu net het effectieve aspect aan deze multidisciplinaire samenwerking (Corner, 2003)? Vaak bestaat een multidisciplinair team uit een groep van zorgverleners die onafhankelijk van elkaar goed werk leveren, maar waarbij de samenwerking mank loopt. Om geïntegreerde en gecoördineerde zorg te kunnen leveren moeten bruggen gevormd worden tussen de verschillende zorgverleners. Communicatie tussen alle deelnemers van het team is een basisprincipe (Luxford & Rainbird, 2001; Fallowfield & Jenkins, 1999). Efficiënte communicatie betekent het delen van een gemeenschappelijke taal binnen niet-hiërarchische relaties. Goed leiderschap, gedeelde

planning, duidelijke taakverdelingen en verantwoordelijkheden en een gezamenlijk beslissingsrecht zijn hierbij essentiële factoren (Corner, 2003; Bliss et al. 2000; Radzavi, 2005; Shortell et al., 2004). Het doelmatigheidsmodel (Rubin et al., 1981) beschrijft de belangen van teamcommunicatie. Er moeten gemeenschappelijke doelen vooropgesteld worden. Wat is de kernopdracht van het team? Wat moet er gebeuren? Waartoe dient het team? Alle deelnemers van het team moeten het eens zijn en eenzelfde visie accepteren. Daarnaast moet er een duidelijke taakverdeling gekend zijn waarbij de rol van iedere deelnemer van het team gekend is. Wie doet wat? Hoe zijn de psychosociale rollen verdeeld? Ook procedures moeten worden opgesteld: Hoe wordt bijvoorbeeld besluitvorming aangepakt? Klinische paden en gestandaardiseerde richtlijnen kunnen hierbij worden ontwikkeld om structuur te bieden. Tot slot moeten er goede interpersoonlijke relaties en interacties zijn tussen de teamleden: Is er voldoening over het teamwerk? Is respect, vertrouwen en behulpzaamheid waarneembaar aanwezig (Rubin et al., 1981)?

Tot hiertoe is er echter weinig evidentie dat in de praktijk aan deze condities wordt voldaan. De ontwikkeling van een efficiënt samenwerkingsmodel vergt veel tijd en energie. Vorming en opleiding kunnen de ontwikkeling zeker bevorderen (Corner, 2003).

Het ultieme doel van multidisciplinair werken lijkt dus dat de verschillende zorgverleners in het team met hun eigen theoretische en methodologische oriëntatie een gedeelde visie ontwikkelen vanuit een gemeenschappelijk conceptueel referentiekader. De vraag rijst of de patiënt zelf ook een aandeel heeft in de samenwerking/communicatie en wat zijn rol dan precies kan zijn?

3.3 Patiëntgerichte zorg

In een patiëntgerichte benadering staat de patiënt centraal in het zorgtraject. De patiënt is actief betrokken in het ziekteproces en wordt gezien als de expert van zijn eigen situatie. Een belangrijke factor hierbij is coördinatie en communicatie. Er moet een gedeelde taal zijn tussen de zorgverleners en de patiënt. Er wordt zorg verleend op maat,

aangepast aan de noden en wensen die er specifiek bij de patiënt zijn. Daarenboven wordt de patiënt vanuit een totaalvisie benaderd, waarbij men naast de ziekte rekening dient te houden met emotionele noden, belangrijke levensgebeurtenissen...Bij deze benadering wordt van de zorgverleners continue ondersteuning en aanmoediging verwacht (Epstein & Street, 2007).

De factoren die patiëntgerichte zorg definiëren, suggereren het belang van een goede informatieoverdracht tussen de zorgverleners onderling en de patiënt. Patiënten moeten duidelijk en correct geïnformeerd worden door de verschillende zorgverleners van het team. Daarnaast moeten ze begeleid worden in hun beslissingsproces. Goede communicatie tussen de zorgverleners en de patiënt leidt volgens patiëntgerichte zorg tot meer tevredenheid bij de patiënt, een betere aanpassing aan de vernieuwde situatie waarin hij verkeert en een betere gezondheidsuitkomst (Epstein & Street, 2007). Een goede teamstructuur in de groep van zorgverleners zal van het grootste belang zijn om aan deze noden te voldoen. Want de organisatie en communicatie in het team zal indirect het communiceren met de patiënt bevorderen en leiden tot een betere uitkomst voor de patiënt.

3.4 Chronic Care Model als referentiekader

Eén van de meest invloedrijke zorgmodellen om aan chronische zorg binnen een patiëntgerichte benadering te voldoen is het Chronic Care Model (Wagner et al., 1999). Het uitgangspunt is dat kwaliteitsvolle continue zorg gebaseerd is op een goede interactie tussen de zorgverleners en de patiënt (Nolte & McKee, 2008). Er moet coördinatie en communicatie zijn tussen alle betrokkenen waarbij een goede teamstructuur en de actieve betrokkenheid van de patiënt in het zorgtraject essentieel is (Fennell et al., 2012).

De ontwikkeling van evidence-based zorgstandaarden en richtlijnen wordt in dit model gepromoot. Het model stelt richtlijnen op een aantal niveaus voor: Er moet in eerste instantie een goede interpersoonlijke relatie gerealiseerd worden tussen de zorgverleners en de patiënt. Op het niveau van het team van zorgverleners moet er aandacht zijn voor

zorgplanning en moet er gestructureerd overleg voorzien worden. Er moet een goede samenwerking zijn tussen de zorgverleners. Daarenboven is een afstemming onderling met een duidelijke roldifferentiatie en taakverdeling op de behoeften van de patiënt noodzakelijk. Op niveau van het zorgsysteem zijn factoren zoals financiering en organisatie van zorgprocessen essentieel.



Fig.1 Het Chronic Care Model (Wagner et al., 1999)

Het model stelt aandachtspunten voor op enkele terreinen.

- Zelfmanagementondersteuning: De patiënt heeft de leidende rol in het zorgproces. Elke zorgverlener heeft de taak de patiënt hierin te ondersteunen door informatie te bieden, maar ook de patiënt te begeleiden, te motiveren en te helpen bij het maken van keuzes en doelstellingen.
- Herontwerp van het zorgproces: Hoewel een volledig multidisciplinair zorgteam instaat voor de ondersteuning van de patiënt, heeft de patiënt wel nood aan een vast aanspreekpunt die deze zorg coördineert. Deze coördinator is verantwoordelijke voor de patiënt en is ook aanspreekpunt voor het team van zorgverleners.
- Beslissingsondersteuning: De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen is belangrijk ter ondersteuning van de keuzes in het behandelingsproces.
- Klinisch informatiesysteem: De patiëntengegevens moeten consulteerbaar zijn voor alle zorgverleners én de patiënt zelf. Populatiegegevens kunnen worden gebruikt voor evaluatie en zorgplanning.

- Organisatie: Verantwoordelijkheden en taken moeten verdeeld worden onder de verschillende leden van het team en niet uitsluitend aan een welbepaalde discipline worden toegeschreven. Coördinatie met duidelijke rol- en taakverdeling is hierbij noodzakelijk met extra aandacht voor vorming en opleiding.
- “Community” of gemeenschap: Het leven van de patiënt vindt grotendeels plaats buiten de zorg. Het benutten van bronnen uit de omgeving is dan ook belangrijk om de zorg te optimaliseren (Huijben, 2011).

4 Probleemstelling

4.1 Inleiding onderzoek

In het dagziekenhuis van het AZ Glorieux worden we eveneens geconfronteerd met de nood aan verandering van acute naar chronische zorg bij de oncologische patiënten. De laatste jaren was er een toename van het aantal te behandelen oncologische patiënten op het dagziekenhuis. Dit leidde tot de noodzaak om het team van arts/oncologen en oncologisch verpleegkundigen uit te breiden. Naast de uitbreiding van de medische disciplines wordt er ook meer aandacht besteed aan de vraag naar hulpverlening over de psychosociale draagkracht van de patiënt. Enkele psychosociale disciplines vervoegden hiervoor het team. Er werd een sociaal assistent, een extra psycholoog, een diëtiste en een begeleidingsverpleegkundige (uitsluitend voor de borstkankerpatiënten) tewerkgesteld. Momenteel staan er in totaal zo'n twintig zorgverleners in voor de behandeling van de oncologische patiënten op het dagziekenhuis, elk vanuit hun verschillende invalshoek. Om kwaliteitsvolle chronische zorg aan de patiënten te kunnen bieden moet er voldaan worden aan de voorwaarden zoals in het Chronic Care Model (Wagner et al., 1999). Dit betekent dat deze zorgverleners op een goed georganiseerde manier moeten samenwerken en moeten komen tot een gedeelde taal met een duidelijke rol- en taakverdeling. Rekening houdende met de leidende rol van de patiënt is dit zeker en vast een uitdaging in een snel evoluerende en gedifferentieerde groep van zorgverleners.

4.2 Voorstelling huidig model

Binnen het huidig model worden alle zorgverleners in de verschillende fases van het zorgtraject betrokken bij de zorg van de patiënt. Er zijn bepaalde afspraken onderling, maar er werden tot hiertoe geen duidelijke richtlijnen of protocollen ontwikkeld.

Na de diagnosestelling is er een multidisciplinair overleg tussen de artsen van verschillende specialismen (de MOC krans), waarin het verdere verloop van de

behandeling wordt besproken. In deze MOC krans worden geen andere disciplines (niet-artsen zorgverleners) betrokken. Na de MOC krans communiceert de arts de diagnose aan de patiënt. Opnieuw zijn hierbij geen andere disciplines betrokken en is er geen overleg voorzien tussen de verschillende disciplines. Ook na het slechtnieuws gesprek wordt geen aanvullend gesprek voorzien tussen de patiënt en de andere 'niet-artsen' zorgverleners van het team.

Bij de start van de behandeling maken alle 'niet-arts' zorgverleners van het team voor het eerst kennis met de patiënt. Alle zorgverleners benaderen de patiënt vanuit hun eigen discipline zonder voorafgaand overleg met de andere teamleden. Daarna beslist iedere zorgverlener apart of verdere opvolging tijdens de behandeling aangewezen is. Er zijn geen richtlijnen voorhanden waarin afgesproken wordt welke zorgverlener de patiënt wanneer benadert, wie welke verantwoordelijkheden heeft...Tijdens de behandelingsfase van de patiënt worden er op vaste tijdstippen patiëntenbesprekingen voorzien. Deze gaan bij twee artsen tweewekelijks en bij de derde arts vierwekelijks door met deelname van alle disciplines van het team.

Bij het beëindigen van de behandelingsfase ronden alle medewerkers meestal hun opvolging af. Er wordt geen verder contact voorzien met de patiënt. De patiënt komt enkel nog op het dagziekenhuis voor medische follow-up.

Bij de overgang naar een palliatieve setting kan er door de arts doorverwezen worden naar het palliatief support team. Dit apart team van palliatieve zorgverleners wordt momenteel niet echt betrokken bij de zorg op het dagziekenhuis.

4.3 Doelstellingen onderzoek

Met dit verkennend onderzoek wensen we de huidige zorgverlening te evalueren binnen de verschillende fases van het zorgtraject. We wensen de tevredenheid van de zorgverleners na te gaan en probleempunten te detecteren. Op basis van een analyse van deze gegevens kunnen dan doelstellingen opgesteld worden om te komen tot een vernieuwd zorgmodel, dat voldoet aan de voorwaarden zoals in het Chronic Care Model (Wagner et al., 1999).

We vragen ons af of er verschillende visies zijn tussen de verschillende subgroepen (artsen, verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners) in de verschillende fasen van het zorgtraject van de patiënt over de manier van communiceren. Om hierover een beeld te schetsen wordt de huidige gang van zaken getoetst aan inzichten uit de literatuur.

In de diagnostische fase lijken momenteel enkel de artsen betrokken bij de zorg van de patiënt. Nochtans wordt deze eerste fase in de literatuur omschreven als crisisfase, waarin het meest distress bij de patiënten wordt gerapporteerd (Baillon, 2008). Ondersteuning van de patiënt is dus van essentieel belang op dit moment. Door een goede informatieverstrekking lijkt het alsof de patiënt de situatie iets beter onder controle krijgt. De patiënt is minder onzeker of angstig (McQuellon et al., 1998). Daarenboven bevordert een coherente informatieoverdracht ook betrokkenheid van de patiënt in het zorgtraject (Mills & Sullivan, 1998). We verwachten dat niet alle disciplines tevreden zullen zijn met deze eerste cruciale fase. Niet iedereen wordt betrokken of op de hoogte gesteld, terwijl in deze fase net duidelijke informatieoverdracht noodzakelijk is. Een vast aanspreekpunt zou mogelijk een oplossing bieden om meer structuur te brengen en te zorgen voor een betere coördinatie van het team en de patiënt. Deze coördinator kan dan als het ware een brug vormen tussen de patiënt en het team dat betrokken wordt bij de zorg van de patiënt. Zo kan er een nauwe samenwerking ontstaan zowel met het gezondheidsteam als met de patiënt. (Walsh et al. 2011; Howitt, 2011).

Tijdens de eerste diagnostische fase is er een gebrek aan (psychosociale) zorgverlening. Tijdens de behandeling zijn alle zorgverleners massaal aanwezig. Nochtans rapporteren patiënten minder distress in deze behandelingsfase dan op andere crisismomenten (Baillon, 2008). We kunnen dus verwachten dat de zorgverleners wel tevreden zijn over deze fase, maar dat ze het gevoel hebben dat er voor de patiënt een overaanbod aan zorgverleners en overlap van interventies is tijdens deze fase van het zorgtraject. Bovendien blijkt uit de literatuur dat patiënten zich wel willen openstellen voor het ganse team van zorgverleners, maar dat ze zich best begeleid en begrepen voelen, wanneer het aantal zorgverleners dat betrokken wordt in hun zorg beperkt blijft (De

Haes et al., 2009; Ekwall et al., 2011). De aanwezigheid van alle zorgverleners leidt tot ongecoördineerde interventies. Er zullen verantwoordelijkheden en taken moeten verdeeld worden en niet uitsluitend aan welbepaalde disciplines worden toegeschreven. Patiënten begeleiden is een taak met basisvaardigheden bij alle verschillende disciplines (Schrauwen, 2006). Welke zorgverlener de begeleiding op zich neemt, lijkt dus sterk situatie- en patiëntafhankelijk. Misschien is het een oplossing om te komen tot een “psychosociaal support team” waarin zorg op maat van de patiënt verzekerd kan worden? Vanuit de literatuur lijkt het in ieder geval duidelijk dat verpleegkundigen een cruciale factor zijn in het signaleren en doorverwijzen van patiënten naar andere disciplines, aangezien zij meest betrokken zijn bij de patiënt (MacMillan, 2011; Hutchison, 2006). Verpleegkundigen lijken zichzelf hier vaak in te onderschatten. Ze doen veel meer ondersteuning bij de patiënt dan ze zichzelf zouden toeschrijven (Schrauwen, 2006; Kristeller et al., 1999; Arving et al., 2006). Een goede coördinatie en duidelijke roldifferentiatie tussen de zorgverleners lijkt dus een doelstelling: wie neemt welke taken op zich? Wanneer wordt naar welke discipline doorverwezen? Wat zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines? Zijn de patiëntenbesprekingen een goed middel om tot een betere organisatie van informatieverstrekking te komen?

Bij het beëindigen van de behandeling en de verdere opvolging wordt in het huidige model voornamelijk gefocust op de medische zorg van de patiënt eerder dan dat er aandacht is voor de psychosociale draagkracht. Nochtans rapporteren patiënten bij het beëindigen meer distress dan tijdens de behandeling (Baillon, 2008) en lijkt psychosociale opvolging dus zeker aangewezen. We kunnen dus opnieuw verwachten dat verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners niet tevreden zijn dat ze niet betrokken worden in deze fase van het zorgtraject.

Er lijkt in het huidige model weinig aandacht te zijn voor de palliatieve zorgverlening. We kunnen verwachten dat de opvatting heerst dat palliatieve zorg samenvalt met terminale zorg en dat hierdoor vaak te laat en te weinig doorverwezen wordt naar het palliatief team (Distelmans, 2011). We kunnen verwachten dat de zorgverleners geen goede samenwerking en doorverwijzing naar het palliatief support team zullen aangeven.

Bij deze zorgverlening in de verschillende fases van het zorgtraject is het dus belangrijk om teamprocessen te bevragen. Is er sprake van een professioneel team? Wat is ieders mandaat in het team? Is er een gemeenschappelijke visie over communicatie? Zijn elkaars rollen in het team gekend? Welke is de beste structuur om te werken in het team?

Aan de hand van de resultaten van het onderzoek wensen we de werking van het oncologisch team van het AZ Glorieux te optimaliseren. Dit om nog betere chronische zorgverlening te kunnen bieden aan onze oncologische patiënten.

5 Methode

5.1 Deelnemers

In dit onderzoek werden medewerkers van het ziekenhuis AZ Glorieux gevraagd om deel te nemen. De zorgverleners die op het dagziekenhuis instaan voor de behandeling van patiënten met oncologische problematiek werden hiervoor geselecteerd.

Slechts één zorgverlener van het dagziekenhuis heeft niet meegewerkt aan het onderzoek. Dit betekent een respons rate van 94%.

Er werden artsen, verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners die een belangrijke rol spelen in de zorg, bevraagd. Tabel 1 biedt een overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers. In totaal participeerden 17 zorgverleners aan het onderzoek. Deze zorgverleners kunnen onderverdeeld worden in drie subgroepen. De subgroep artsen (18%), de subgroep verpleegkundigen (41%), en de subgroep andere (psychosociale) zorgverleners (36%) waaronder 1 begeleidingsverpleegkundige (6%), 1 sociaal assistent (6%), 1 psycholoog (6%), 2 diëtisten (12%) en een medewerker van het PST (6%) deel. Tot slot werd ook 1 lid van de directie ondervraagd (6%),

De meerderheid van de zorgverleners zijn vrouwen (76%).

Er werden vier leeftijdscategorieën gebruikt: we kunnen vaststellen dat de meeste deelnemers (35%) zich in de leeftijdscategorie tussen 41 en 50 jaar bevinden.

De meeste deelnemers hebben veel ervaring met de behandeling van oncologische patiënten. 1 zorgverlener heeft meer dan 25 jaar anciënniteit, 24% tussen de 15 en 25 jaar, 12% tussen de 10 en 15 jaar, 24% tussen de 5 en 10 jaar en slechts 18% tussen de 2 en 5 jaar en 18% heeft minder dan twee jaar ervaring met oncologie.

Variabelen		N	%
Geslacht	Man	4	24
	Vrouw	13	76
Leeftijd	21-30 jaar	2	12
	31-40 jaar	5	29
	41-50 jaar	6	35
	51-60 jaar	4	24
Functie	Directie	1	6
	Arts	3	18
	Verpleegkundige	7	41
	Begeleidingsverpleegkundige	1	6
	Sociaal assistent	1	6
	Psycholoog	1	6
	Diëtist	2	12
	Medewerker PST	1	6
anciënniteit oncologie	0-2j	3	18
	2-5j	3	18
	5-10j	4	24
	10-15j	2	12
	15-25j	4	24
	>25j	1	6

5.2 Procedure

Enkele weken voor de start van de bevraging werden alle zorgverleners van de dagkliniek geïnformeerd over het doel en opzet van het onderzoek. De hoofdverpleegkundige van de dagkliniek kreeg de vragen van het semi-gestructureerd interview op voorhand overhandigd. Zo konden de deelnemers, die dit wensten vooraf de vragenlijst inkijken ter voorbereiding van het interview. Er werd wel gevraagd geen overleg te plegen met de andere deelnemers voor de bevraging, zodat iedereen zijn eigen mening over de vragen kon behouden. Deelname aan het onderzoek gebeurde op vrijwillige basis.

De bevraging gebeurde steeds in een afzonderlijke ruimte. De gesprekken werden opgenomen. Alle deelnemers ondertekenden een informed consent bij afloop van de bevraging.

5.3 Materiaal

Het semi-gestructureerd interview is een zelf samengestelde, nederlandstalige bevraging. Deze focust op “informatieverstrekking” en samenwerking zowel tussen patiënt en zorgverstreker, als tussen de betrokken zorgverstrekkers onderling, en dit gedurende de verschillende fasen van het zorgtraject.

De vragenlijst bestaat uit enkele luiken. Het eerste luik bevrageet enkele persoonlijke gegevens van de zorgverlener die deelneemt aan het interview.

De luiken twee tot vijf peilen naar de tevredenheid van de deelnemer over de huidige gang van zaken in elke fase van het zorgtraject (diagnostische fase, behandelingsfase, einde behandeling, palliatieve fase). Naast de tevredenheidsmeting worden enkele stellingen als verbeterpunt en basis voor discussie voorgesteld op basis van de veronderstelde probleempunten. Zo wordt in luik twee (diagnostische fase) de meerwaarde van een vast aanspreekpunt en een volledige rapportering over de patiënt nagevraagd. In luik drie, de behandelingsfase, worden de rol- en taakverdeling van de verschillende zorgverleners bevrageet: de ondersteuningstaak van alle disciplines en het effect van de patiëntenbesprekingen. Luik vier gaat na of verdere psychosociale opvolging na het beëindigen van de behandeling nuttig zou kunnen zijn. Luik vijf gaat over de doorverwijzing en samenwerking met het palliatief support team in een palliatieve setting van het zorgtraject.

In het zesde en laatste luik wordt feedback gevraagd over het functioneren van alle zorgverleners op het dagziekenhuis als professioneel team.

5.4 Statistische analyse

Er werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (percentages, frequenties,...). Dit om de demografische gegevens van de deelnemers weer te geven en om de kwantitatieve items van het interview in kaart te brengen. De andere open, kwalitatieve vragen die peilen naar de probleempunten en doelstellingen worden per subgroep geanalyseerd en vergeleken met elkaar.

6 Resultaten

6.1 Diagnostische fase

Huidige situatie:

Na een periode van onderzoeken wordt de diagnose vastgesteld en door de behandelend arts meegedeeld aan de patiënt. Na multidisciplinair overleg tussen de artsen stelt de behandelend arts een behandeling voor. Meestal wordt in deze fase nog geen overleg voorzien tussen de verschillende zorgverstrekkers en is er nog geen eerste contact tussen de patiënt en andere zorgverstrekkers dan de behandelend arts.

Diagnostische fase			
	Artsen	VPK	Andere ZV
Tevreden?			
Ja	100%	0%	17%
Nee	0%	100%	83%
Score	7/10	3/10	5/10

Artsen

Alle artsen zijn tevreden over de werking van deze diagnostische fase met een gemiddelde score van 7/10.

Knelpunten: Praktische moeilijkheden, zoals tijdsgebrek kunnen volgens hen soms de oorzaak zijn van een gebrek aan goede organisatie en communicatie.

Begeleidingsfunctie: Een begeleidingsfunctie zou een oplossing kunnen bieden voornamelijk in het kader van praktische en financiële vragen. Ze hebben geen specifieke voorkeur welke discipline deze begeleidingstaak moet vervullen. Het is wel essentieel dat het een communicatief vaardig persoon is.

Geïntegreerd verslag: een algemene anamnese van de patiënt voor de start van de behandeling lijkt hen nuttig. De belangrijke aandachtspunten die voor hen naar voren komen zijn sociale context en thuiszorg van de patiënt. Is patiënt een informatiezoeker (monitor vs blunter)? Aan wie wordt wat gezegd? Zijn er levenseinde vragen? Wat is de copingstrategie van de patiënt? Er moet volgens hen wel over gewaakt worden dat enkel informatie die een meerwaarde biedt voor alle disciplines om het werk goed te kunnen verrichten voor iedereen consulteerbaar is.

Verpleegkundigen

Geen enkele verpleegkundige is tevreden over de informatieoverdracht in deze eerste fase met een gemiddelde score van 3/10.

Knelpunten: Het belangrijkste knelpunt voor hen is dat er te weinig informatie beschikbaar is om een beeld te kunnen vormen van de patiënt die zal moeten behandeld worden. De informatie die voorhanden is, is volgens hen vaak onvoldoende. Dit gebrek aan informatie ervaren ze als een grote onzekerheid om patiënten in een eerste contact te benaderen. Ze vragen zich af wat er is gezegd in het slechtnieuws gesprek met de arts, waarover de patiënt reeds geïnformeerd is, hoe het gesprek verlopen is, wie waarover al geïnformeerd is?...Ze bemerken ook bij patiënten in een eerste contact vaak veel onzekerheid en vragen en stellen zich de vraag of dit ook niet het resultaat is van een tekort aan informatie in deze eerste cruciale fase van communiceren.

Begeleidingsfunctie: Een aanvullend gesprek met een begeleidingspersoon na het slecht nieuwsgesprek zou volgens hen een oplossing kunnen bieden. Een begeleidingsmedewerker zou voor hen en voor de patiënt een belangrijke coördinerende rol spelen. Ze voelen nu zelf ook aan dat de verpleegkundige die nu als eerste contact heeft met de patiënt, bijvoorbeeld bij een PAC-implantatie, vaak het belangrijkste aanspreekpunt blijft voor de patiënt en dat de vertrouwensrelatie met deze patiënten vaak beter is dan met andere patiënten. Hun voorkeur voor deze begeleidingsfunctie gaat uit naar een verpleegkundige, omdat zij naast het emotioneel ondersteunen van de patiënt, het meeste bagage hebben om medische vragen op te vangen na het slechtnieuws gesprek met de arts. Deze begeleidingsmedewerker moet een ervaren en empathisch individu zijn.

Geïntegreerd verslag: belangrijke aandachtspunten zijn een totaalvisie van de patiënt met de sociale context, medische voorgeschiedenis, psychosociale luik, antecedenten, pijnbeeld, prognose, praktisch zaken, persoonlijkheid van de patiënt,...

Andere psychosociale zorgverleners

Slechts 17% van deze zorgverleners is tevreden over de huidige informatieoverdracht in deze fase met een gemiddelde score van 5/10.

Knelpunten: Zij vinden dat er een gebrek aan informatie voorhanden is. De informatie die beschikbaar is, komt te laat en is onvolledig. Voor hen zou deelname aan de MOC-krans van de artsen een oplossing kunnen bieden.

Begeleidingsfunctie: Ze vinden een aanvullend gesprek na het slechtnieuws gesprek belangrijk om informatie te kunnen herhalen, de patiënt te laten vragen stellen en ventileren...Ze hebben geen specifieke voorkeur welke discipline deze begeleidingsfunctie best kan vervullen. Ze vinden dat iedereen in eerste instantie kan instaan voor de begeleiding en ondersteuning van een patiënt. En dat van daaruit verder wordt doorverwezen naar andere hulpverleners bij specifieke vragen.

Geïntegreerd verslag: aandachtspunten zijn een uitbreiding van het psychosociale luik, een kort en duidelijk medisch verslag met antecedenten, huidige situatie, prognose, te verwachten nevenwerkingen...

6.2 Behandelingsfase

Huidige situatie:

Momenteel is er tijdens de behandelingsfase een (eerste) contact tussen alle zorgverstrekkers en alle patiënten op het dagziekenhuis (meestal tijdens de eerste chemosessie). De nood aan verdere opvolging wordt door alle zorgverstrekkers apart beslist.

Er worden patiëntenbesprekingen met alle zorgverstrekkers voorzien op afgesproken tijdstippen.

Behandelingsfase			
	Artsen	VPK	Andere ZV
Tevreden?			
Ja	100%	71%	67%
Nee	0%	29%	33%
Score	8/10	6/10	6/10

Artsen

Alle artsen (100%) zijn tevreden over de huidige informatieoverdracht van de behandelingsfase met een gemiddelde score van 8/10.

Knelpunten: Eenrichtingsverkeer van informatieoverdracht: soms zijn de artsen hongerig naar meer informatie van de andere disciplines met de verwachting dat de andere niet-artsen disciplines vanuit hun eigen expertise ook informatie verschaffen aan de artsen.

Ondersteuningstaak: De artsen vinden dat alle disciplines een eerste contact moeten hebben met de patiënten. Misschien is dit niet altijd nodig, maar het is op voorhand moeilijk in te schatten welke discipline een meerwaarde kan betekenen bij de patiënten. Verpleegkundigen spelen een cruciale rol om problemen te signaleren, maar door tijdsgebrek is het volgens de artsen voor de verpleegkundigen vaak onmogelijk om deze signaalfunctie te vervullen.

Patiëntenbesprekingen: Voor alle artsen zijn patiëntenbesprekingen een basistaak van hun opdracht. Eén van hen vindt dat er momenteel onvoldoende besprekingen georganiseerd worden.

Verpleegkundigen

71% van de verpleegkundigen is tevreden over de huidige informatieoverdracht in de behandelingsfase met een gemiddelde score van 6/10.

Knelpunten: te weinig overdracht, gebrek aan patiëntenbesprekingen. Teamoverleg moet als prioriteit gezien worden. Tijd moet beter ingedeeld worden om tot overleg te komen.

Ondersteuningstaak: Alle disciplines moeten zich aanbieden bij de patiënten volgens 86% van de verpleegkundigen. Iedereen heeft een even belangrijke ondersteuningstaak. 71% van hen vindt dat ze een sleutelrol spelen in het doorverwijzen van patiënten naar andere disciplines. De andere 28% vindt dat er hiervoor een gebrek aan tijd is en dat verpleegkundige handelingen prioriteit blijven als verpleegkundige.

Patiëntenbesprekingen: deze overlegmomenten worden unaniem gezien als basistaak van hun opdracht. Slechts 28% vindt dat er momenteel voldoende besprekingen zijn. Er moet langer kunnen worden stilgestaan bij de afzonderlijke casussen. Daarenboven zou door frequenter overleg sneller informatie kunnen worden uitgewisseld over de patiënten.

Andere psychosociale zorgverleners

67% van de psychosociale zorgverleners is tevreden over de huidige informatieoverdracht in de behandelingsfase met een gemiddelde score van 6/10.

Knelpunten: Te weinig overdracht en teamoverleg en te veel “vakjesdenken per discipline”.

Ondersteuningstaak: Hier wordt voornamelijk het knelpunt van het “vakjesdenken per discipline” verder besproken. Volgens deze zorgverleners hoeft niet iedereen een eerste contact te hebben met alle patiënten. Ze vinden zelfs dat er vaak te veel disciplines bij één patiënt worden betrokken. Coördinatie van welke zorgverlener welke patiënt wanneer benadert, moet volgens hen verlopen via het team. Hierbij is een gedeelde ondersteuningstaak van belang waarbij wel elke discipline een eigen specifieke taak heeft. Er is nood aan een centraal figuur die de patiënt informeert over de multidisciplinaire equipe. 83% van hen verwacht hierbij initiatief van de verpleegkundigen. Als reden geven ze aan dat de verpleegkundigen meest bij de patiënt langsgaan en de drempel minder groot is bij de patiënt om over moeilijkheden tegen de verpleegkundigen te spreken,...Verpleegkundigen kunnen en betekenen volgens deze hulpverleners veel meer dan ze zelf denken. Soms beseffen ze niet genoeg dat ze een cruciale rol hebben. De begeleiding van patiënten moet volgens hen vanuit de verpleegkundigen vertrekken en er moet minder in vakjes per disciplines gedacht worden.

Patiëntenbesprekingen: Voor iedereen wordt dit overleg gezien als een basistaak, maar momenteel zijn er onvoldoende officiële momenten voor 33% van hen.

6.3 Einde behandeling/herstelfase

Huidige situatie:

Na de laatste chemosessie worden alle contacten met de zorgverstrekkers afgerond. De patiënt komt nog langs voor controleonderzoeken bij de arts op vaste tijdstippen.

Einde behandeling/herselfase			
	Artsen	VPK	Andere ZV
Tevreden?			
Ja	100%	14%	17%
Nee	0%	86%	67%
Niet geantwoord	0%	0%	17%
Score	7/10	5/10	5/10

Artsen

De artsen zijn tevreden (7/10) over de communicatie onderling en naar de patiënt toe over het beëindigen van de behandeling.

Knelpunten: Een goed contact en opvolging met de thuissituatie en huisarts is noodzakelijk.

Verdere psychosociale opvolging: ze erkennen het belang van verdere begeleiding, maar willen dat dit wel afgegrensd wordt! Hiermee bedoelen ze dat een afsluitend bezoek van de psycholoog bijvoorbeeld voldoende kan zijn.

Verpleegkundigen

Slechts 14% van de verpleegkundigen zijn tevreden over de huidige informatieverstrekking in deze fase van het ziekteproces van de patiënt. De gemiddelde score is 5/10.

Knelpunten: Ze vinden dat ze op voorhand niet geïnformeerd zijn over het beëindigen van de therapie bij de patiënten en hebben het gevoel dat ze op die manier niet goed kunnen afronden.

Verdere psychosociale opvolging: Alle verpleegkundigen vinden dit noodzakelijk. Vroeger moesten patiënten regelmatig terug komen na de behandeling voor het spoelen van de PAC. Dit was een goed moment om de patiënt verder te kunnen ondersteunen. Nu dit afgeschaft is, bemerken de verpleegkundigen toch een gemis. De vertrouwensband die er tijdens de behandelingsfase was gaat te plots verloren.

Andere psychosociale zorgverleners

Slechts 17% van de psychosociale zorgverleners is tevreden over de huidige informatieoverdracht in deze fase met een gemiddelde score van 5/10.

Knelpunten: Ze rapporteren een gebrek aan informatie over het beëindigen van de behandeling.

Verdere psychosociale opvolging: een afrondingsgesprek lijkt hen noodzakelijk. Allemaal vinden ze deze fase een cruciale fase om verdere opvolging te voorzien. Continuïteit van zorg is volgens hen ook in deze fase nog zeer belangrijk.

6.4 Palliatieve setting

Huidige situatie:

De arts beslist wanneer het PST kan ingeschakeld worden en er dus een doorverwijzing noodzakelijk is. Het PST neemt momenteel niet deel aan de patiëntenbesprekingen.

Palliatieve setting			
	Artsen	VPK	Andere ZV
Tevreden?			
Ja	33%	14%	0%
Nee	67%	86%	67%
Niet geantwoord	0%	0%	33%
Score	4/10	3/10	4/10

Artsen

Slecht 33% van de artsen is tevreden over de huidige informatieoverdracht in deze fase van het zorgtraject van de patiënt. Gemiddeld scoren ze hiervoor 4/10.

Knelpunten: Ze zijn vragende partij voor een betere samenwerking met het PST. Er moet volgens hen meer ruimte en mogelijkheden voor deze palliatieve zorgverlening worden voorzien. Het gebrek aan een goede samenwerking lijkt voort te komen uit een verschillende visie tussen hen en het PST over palliatieve zorgverlening. Het PST moet volgens de artsen als supportteam kunnen ingeschakeld worden in het behandelingsteam, eerder dan als afzonderlijk behandelend team te fungeren. Nu wordt het PST door de artsen omschreven als apart bestaande groep van zorgverlening (“een eiland”).

Doorverwijzing: verloopt volgens de artsen wel voldoende efficiënt.

Verpleegkundigen

86% van de verpleegkundigen zijn niet tevreden over de huidige informatieoverdracht in deze fase van het zorgtraject. Gemiddeld scoren ze 3/10.

Knelpunten: Hoewel ze deze fase erg belangrijk vinden, lijkt er weinig aandacht aan besteed te worden. Er is geen overdracht naar het PST. Vaak komt de onbekendheid, onwetendheid over het team naar voor. Ze zouden meer beroep willen doen op het PST, bijvoorbeeld in het kader van pijncontrole.

Doorverwijzing: alle verpleegkundigen vinden dat er momenteel te weinig en te laat wordt doorverwezen. Ze schrijven dit zelf toe aan de verschillende visie over palliatieve zorg bij de artsen en het PST. Ze maken ook wel de bedenking wat hun eigen aandeel is bij doorverwijzing. Moeten ze zelf meer aandacht hebben voor palliatieve situaties en meer het PST betrekken in hun werk? Zijn ze hier zelf een stuk verantwoordelijk voor?

Andere psychosociale zorgverleners

Bij de andere psychosociale zorgverleners is niemand tevreden over de huidige informatieoverdracht in deze fase met een gemiddelde score van 4/10.

Knelpunten: Momenteel is het PST niet voldoende geïntegreerd in het team, niet betrokken, onbekend. Het lijkt alsof palliatieve zorgverlening nog al te vaak een taboe is. Het belang van een vroegere inschakeling voor een goede vertrouwensrelatie met de patiënt wordt aangehaald. Momenteel bestaat het idee dat er vaak slechts in complexe of crisissituatie beroep op het PST wordt gedaan.

Doorverwijzing: verloopt niet efficiënt volgens hen. Ook al ligt de eindverantwoordelijkheid bij de arts, alle disciplines hebben de taak om nood aan het PST te signaleren.

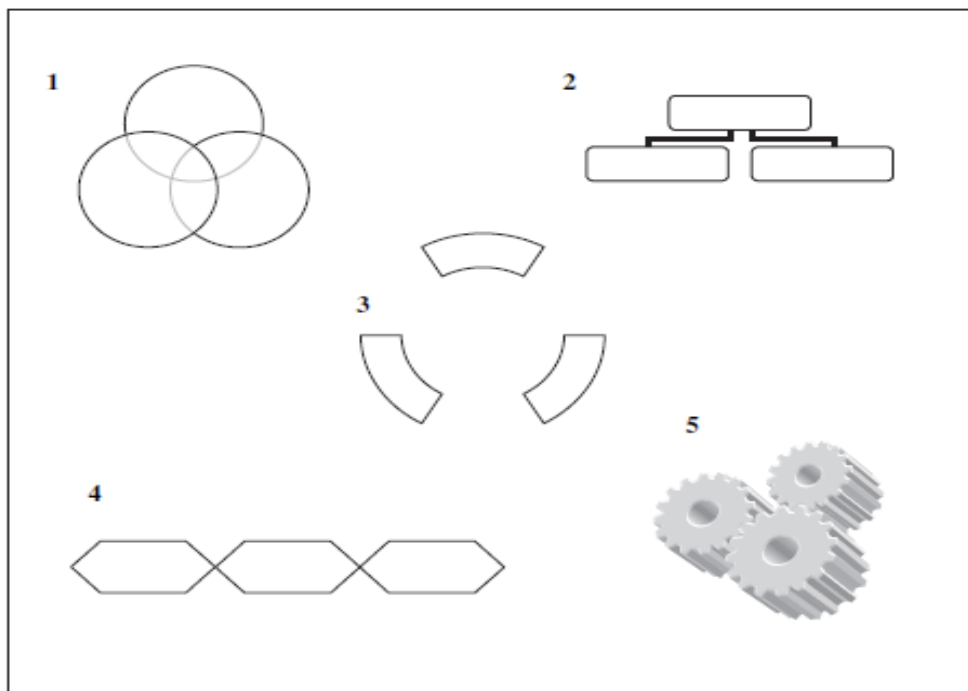
6.5 Functioneren in het team

Functioneren binnen het team			
	Artsen	VPK	andere ZV
1 team			
ja	100%	86%	67%
nee	0%	14%	17%
niet geantwoord	0%	0%	17%
eigen rol gekend?			
ja	67%	100%	17%
nee	33%	0%	83%
rol anderen gekend?			
ja	100%	100%	67%
nee	0%	0%	33%

Artsen

Team & rollen: Alle artsen vinden dat er momenteel sprake is van 1 team van zorgverleners op het dagziekenhuis. 1 arts heeft het gevoel dat zijn eigen rol in het team onvoldoende gekend is. Als reden geeft hij aan dat het team erg gegroeid is op korte tijd en dat in die evolutie de taken nooit echt duidelijk omschreven werden. Alle artsen hebben wel het gevoel dat ze de functie van de andere disciplines in het team goed kennen.

Structuur: twee artsen vinden dat we momenteel kunnen spreken van een structuur volgens het eerste diagram waarbij er een overlap is in de opdracht tussen de verschillende subgroepen. Eén arts vindt dat diagram 2 (hiërarchische structuur) voldoet aan de huidige structuur van functioneren in het team. Alle drie vinden ze echter dat de eerste structuur de ideale manier van functioneren zou zijn.



Shabnam Undre MBBS FRCSE, Nick Sevdalis BSc MSc PhD, Andrew N. Healey BSc(Hons) PhD CPsychol, Sir Ara Darzi KBE Professor MD FRCS, FRCSI and Charles A. Vincent BA MPhil PhD (2005). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 2, 182–189.

Voorstelling van 5 diagrammen die elk een mogelijke structuur representeren:
(subgroepen: Arts, verpleegkundigen, overige psychosociale medewerkers)

1. Overlappend: Er is een overlap in de opdracht van de subgroepen arts, verpleegkundigen en psychosociale medewerkers .
2. Hiërarchisch: De ene subgroep dirigeert de andere twee subgroepen.
3. Onafhankelijk: Alle drie de subgroepen werken onafhankelijk van elkaar.
4. Sequentieel: De opdracht van de ene subgroep volgt nadat de andere subgroep zijn opdracht afgewerkt heeft zonder overlap tussen de subgroepen.
5. Gedreven: Er is een overlap in de opdracht van twee subgroepen, maar niet tussen alle drie de subgroepen.

Verpleegkundigen

Team & rollen: 86% van de verpleegkundigen vindt dat we kunnen spreken van 1 team van zorgverleners op het dagziekenhuis. Ze hebben het idee dat de andere disciplines hun rol goed kunnen inschatten en denken ook zelf goed in te zien wat de rol van de andere disciplines in het team betekent.

Structuur: 14% van de verpleegkundigen vindt dat er sprake is van een sequentiële structuur, waarbij de ene subgroep pas start aan zijn opdracht, als de andere subgroep zijn opdracht heeft afgewerkt. 29% kiest de gedreven structuur, waarbij er een overlap is tussen twee subgroepen, maar niet tussen alle drie de subgroepen. 43% vindt een combinatie van de hiërarchische en de gedreven structuur de huidige manier van functioneren en 14% kiest de combinatie van de hiërarchische en onafhankelijke diagram als huidige structuur. Allemaal zouden ze de overlappende diagram als ideale structuur kiezen om in te werken.

Andere psychosociale zorgverleners

Team & rollen: Volgens slechts 37% van de andere psychosociale zorgverleners is er sprake van 1 professioneel team. Slechts 17% van hen heeft het idee dat de anderen begrijpen wat hun rol is in het team. 67% van hen denkt te begrijpen wat de rol van de andere is. Er wordt hierbij wel opgemerkt dat men begrijpt welke rol anderen invullen, maar zich wel afvragen of hun huidige taakinvinging ook wel dezelfde is als deze die verwacht wordt in hun functie.

Structuur: de helft van de andere psychosociale zorgverleners kiest de gedreven structuur als de huidige manier van werken. 33% kiest de hiërarchische benadering en 17% neemt de combinatie van de hiërarchische en gedreven structuur. Ze verkiezen wel allemaal de eerste overlappende structuur als ideale manier van functioneren in het team.

7 Discussie

In dit onderzoek worden de tevredenheid en de knelpunten over het huidig model van zorg binnen de verschillende fases van het zorgtraject van de patiënt bevestigd bij de zorgverleners van het dagziekenhuis in het AZ Glorieux te Ronse.

De verwachtingen dat er verschillende visies zouden zijn tussen de verschillende subgroepen van zorgverleners binnen de verschillende fases van het zorgtraject werd bevestigd. De visies van de zorgverleners binnen de subgroepen zijn vrij coherent.

Diagnostische fase

In deze eerste fase bemerken we een uitgesproken verschillende visie tussen de artsen en de andere zorgverstrekkers. Het informeren en ondersteunen in deze eerste crisisfase is essentieel om te komen tot kwaliteitsvolle zorgverlening (Mills & Sullivan, 1998). Binnen de huidige manier van werken op het dagziekenhuis zijn het voornamelijk de artsen die hiervoor verantwoordelijk zijn. De verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners zijn hierover niet tevreden. Ze vinden het belangrijk voor zichzelf en voor de patiënt om beter betrokken te worden van bij het begin van het zorgtraject. Het huidige gebrek aan informatie voor deze zorgverleners leidt tot onzekerheid bij hun hulpverlening en volgens hen ook tot meer angst bij de patiënten. Om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen is informatie van essentieel belang. De deelnemers rapporteren ook dat de informatie moet uitgebreid worden. Er moet meer informatie beschikbaar zijn over de psychosociale context van de patiënt, het verloop van het slecht nieuws gesprek,...(Derdiarian, 1987). Iedereen is het eens dat een vast aanspreekpunt reeds hier in het begin van het traject een cruciale rol zou kunnen spelen (Walsh et al., 2011; Freund et al., 2008; Gilbert et al., 2010). Er moet veel meer aandacht gaan naar deze eerste fase zowel voor het team van zorgverleners als voor de patiënt. Deze fase wordt ook als prioritair aangegeven om in de toekomst aan te werken. Uit een goede communicatie en organisatie van in het begin van het traject zal er volgens hen een betere werkstrategie voor de volgende fases volgen.

Behandelingsfase

In deze fase zijn er meer raakpunten tussen de verschillende disciplines. De huidige focus van communicatie in het team ligt in deze behandelingsfase. Alle zorgverleners vinden de multidisciplinaire patiëntenbesprekingen een basisopdracht van hun functie. Het is een goed werkmiddel. Het teamoverleg is wel al te vaak medisch overleg. Artsen zijn zelf vragende partij om meer wederzijdse informatieoverdracht te verkrijgen. Nu zijn er al te vaak besprekingen rond de medische zorg en vaak weinig over de psychosociale draagkracht van de patiënt. Alle zorgverleners moeten er zich van bewust zijn dat ze allemaal een rol hebben in het verlenen van informatie aan elkaar. Er mag ook nog frequenter overleg worden voorzien om korter op te bal te spelen en casussen uitgebreider te kunnen bespreken.

De verwachtingen dat er betere coördinatie noodzakelijk is, wordt bevestigd. Taken en verantwoordelijkheden moeten beter worden verdeeld. De hypothese rond het overaanbod aan hulpverleners in de huidige setting (Ekwall et al., 2011) wordt niet door alle subgroepen bevestigd. De visies over een psychosociaal team zijn verdeeld. Voornamelijk de artsen en verpleegkundigen vinden het belangrijk dat alle zorgverleners hun hulpverlening aan de patiënten aanbieden. De andere psychosociale zorgverleners zouden echter eerder vertrekken vanuit de vraag van de patiënt, eerder dan bij alle patiënten een totaal aanbod aan hulpverlening te voorzien. Er lijkt wel meer consensus te bestaan over de signaalfunctie van de verpleegkundigen voor doorverwijzing naar andere disciplines (Kristeller et al., 1999). Tijdsgebrek en verpleegkundige handelingen als prioriteit van het werk worden wel als belemmeringen van deze functie gerapporteerd.

Beëindigen van de therapie

De resultaten over deze fase in het zorgtraject zijn vergelijkbaar met de diagnostische fase. Opnieuw is er een verschillende visie tussen artsen en andere zorgverstrekkers. Verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners vinden dat ze te weinig betrokken worden in deze fase. Voorafgaand onderzoek toont nochtans ook het belang aan van goede psychosociale opvolging in deze fase (Baillon, 2008). Alle zorgverleners vinden een goede afronding en eventuele psychosociale opvolging wel een meerwaarde waar aan gewerkt moet worden. De resultaten lijken een teken dat de artsen nog

worstelen met de huidige evoluties in de zorg. Ze zijn lang als enige discipline verantwoordelijk geweest en moeten nu die zorg delen met andere medische en niet-medische disciplines. Ze zijn duidelijk nog aan het zoeken hoe dat het best kan gebeuren.

Palliatieve setting

Er heerst in het team nog te veel onbekendheid over de hulpverlening in de palliatieve setting. Het lijkt een eiland in het team waar nog vaak een taboe rond is. Nochtans vinden alle zorgverleners goede palliatieve zorgverlening voor de patiënt essentieel en staan ze open voor een goede samenwerking. Het palliatief team zal zich meer moeten integreren in het team. Ze kunnen niet functioneren als behandelingsteam op zich, maar moeten deel uit maken van het algemeen supportteam van het dagziekenhuis. De visie van de verschillende partijen lijkt momenteel te verschillend om goed te kunnen samenwerken en een vlotte en snelle doorverwijzing te kunnen bekomen.

Functioneren in het team

Voor de meeste zorgverleners is er sprake van een professioneel team van zorgverleners. Dit is een positief resultaat. Het wijst op een zeker cohesie, gezamenlijke inzet en een basis voor samenwerking. Men kan de eigen rol in het team inschatten, maar de vraag is of deze inschatting ook voldoet aan de verwachtingen van het volledige team. Voornamelijk de andere psychosociale zorgverleners hebben het gevoel niet voldoende begrepen te zijn in de taak die zij proberen te vervullen in het team. Zij zijn door de psychosociale evolutie als laatste disciplines bij het team gekomen en het lijkt alsof er nog geen goede integratie is van hun functies en er hierdoor nog geen gedeelde taal is.

Alle zorgverleners willen werken naar een chronische zorgverlening waarin iedere discipline zijn eigenheid heeft, maar er toch een gemeenschappelijke taakhoud en gedeelde taal wordt voorzien. De artsen hebben het gevoel dat dit nu al goed verloopt. De verpleegkundigen en andere psychosociale zorgverleners vinden dat er nog te veel hiërarchische benadering is waarbij de verantwoordelijkheid enkel bij de artsen ligt. Iedereen vindt het teamfunctioneren erg belangrijk om aan te werken. Het

teamfunctioneren zal immers indirect de communicatie en organisatie tussen de verschillende zorgverleners binnen de verschillende fases bepalen.

Dit verkennend onderzoek heeft veel stof tot discussie in het team opgeleverd. Het zal een uitdaging zijn om aan de verschillende knelpunten en visies van de subgroepen tegemoet te komen in de toekomst en om te komen tot bepaalde richtlijnen en protocollen rond chronische, continue zorgverlening. Vele zorgverleners gaven aan dat het een verrijking was om hun mening over dit onderwerp te kunnen uiten en zijn bereid in de toekomst tijd te investeren om hieraan te werken. Een positieve noot is dat er momenteel reeds een positieve evolutie voelbaar is volgens velen onder hen. Na deze eerste geslaagde stap qua bewustwording zal het belangrijk zijn dit levend te houden en verdere stappen te ondernemen om naar een beter samenwerkingsmodel toe te werken met de verschillende disciplines. Eén van de aanbevelingen is om eerst verandering te brengen in de diagnostische fase van het zorgtraject. De communicatie in deze fase is prioritair om tot een degelijke strategie te komen voor het verdere verloop van communiceren in het zorgtraject van de patiënt. Daarnaast is het functioneren van het team op zich essentieel om te komen tot een goede coördinatie. Een goede integratie van alle disciplines in het team en het definiëren van de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines is hierbij een belangrijke stap. De resultaten en aanbevelingen van het onderzoek zullen gepresenteerd worden in het team van de afdeling. Dit kan alvast een belangrijke aanzet zijn naar verdere gesprekken.

In deze studie werden enkel de zorgverleners van het dagziekenhuis bevraagd, omdat in het AZ Glorieux deze dienst centraal staat voor oncologische zorgverlening. Uiteraard zullen in de toekomst andere hospitalisatiediensten betrokken moeten worden om tot kwaliteitsvolle zorg te komen, bijvoorbeeld door middel van referentieverpleegkundigen vanuit verschillende diensten in het team te implementeren.

8 Referenties

- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Lindström, A.T., Wasteson, E., Glimelius, B. & Brandberg, Y. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients. A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling*, 62, 235-243.
- Baillon, C. (2007). De bruikbaarheid van de Distress-Barometer bij gelokaliseerde borstkankerpatiënten: pilot study. Opleiding Psycho-Oncology.
- Bauwens, S., Verzelen, A., & Ceunen, K. (2011). “Op verhaal komen”. Opleiding communicatie binnen oncologie voor verpleegkundigen.
- Belgian Cancer Registry (2011). *Cancer Incidence in Belgium 2008*. Stichting Kankerregister.
- Bliss, J., Cowley, S., While, A. (2000). Interprofessional wording in palliative care in the community: a review of the literature. *J. Interprof Care*, 14, 281-290.
- Corner, 2003. The multidisciplinary team – fact or fiction? *European Journal of Palliative Care*, 2, 10-13.
- De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L. & Sanderman, R (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Derdiarian, A. (1987). Informational needs of recently diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 10, 107-115.
- Distelmans, W. (2011). Palliatieve teams komen nog te vaak veel te laat. *Artikel De Morgen*, 05/12/2011.
- Ekwall, E., Ternestedt, B., Sorbe, B., Graneheim, U.H. (2011). Patients’ perceptions of communication with the health care team during chemotherapy for the first recurrence of ovarian cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 53-58.
- Epstein R.M. & Street R.L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care*. National Cancer Institute, NIH Publication.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35, 1592-1597.

- Fennell, M.L., Das, I.P., Clauxer, S., Petrelli, N. & Salner, A. (2010). The organization of multidisciplinary care teams : modeling internal and external influences on cancer care quality. *Journal of the National cancer Institute, Monographs*, 40, 72-80.
- Freund, K.M., Battaglia, T.A., Calhoun, E., Dudley, D.J., Fiscella, K., Paskett, E., Raich, P.C., Roetzheim, R.G. (2008). National cancer institute patient navigation research program. *American Cancer Society*, 3391-3396.
- Friedman, D.M. & Berger D.L. (2004). Improving Team Structure and Communication. *Arch Surg (139)*, 1194-1198.
- Gilbert, J.E., Green, E., Lankshear, S., Hughes, E., Burkoski, V. & Sawka, C. (2011). Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *European Journal of Cancer Care*, 20, 228-236.
- Howitt, M.J. (2011). The family care coordinator: paving the way to seamless care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28, 107-113.
- Huijben, M.E.M. (2011). *Het Chronic Care Model in Nederland*. Raad voor Volksgezondheid en zorg.
- Kristeller, J.L., Zumbun, C.S. & Schilling, R.F. (1999). I would if I could: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 451-458.
- Luxford, K. & Rainbird, K. (2001). Multidisciplinary care for women with breast cancer: an national demonstration program. *National Breast Cancer Centre*, 12, 277-279.
- MacMillan cancer support (2011). Psychological and emotional support provided by Macmillan Professionals: An evidence review, 1-8.
- McQuellon, R.P., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., DeChatelet, P., Andrykowski, M.A. & Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-oncology*, 7, 207-217.
- Mills M.E. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631-642.
- Millward, L.J. & Jeffries, N. (2001). The team survey: a tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing* 35, 276-287.

- Nolte, E. & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. McGraw Hill: Open University Press.
- Radzavi, D. (2005). Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten.
- Rubin, I.M., Plovnick, M.S., Fry, R.E. (1981). *Handboek teamontwikkeling. Het waarom en hoe van doelgerichte teamontwikkeling*. Samsom.
- Schrauwen, Wim (2006). De coachende rol van de psycholoog in de palliatieve eenheid? *Studiedag Federatie Palliatieve Zorg*.
- Shortell, S.M., Marsteller, J.A., Lin, M., Pearson, M.L., Wu, S., Mendel, P., Cretin, S. & Rosen, M. (2004). The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Med Care* (42), 1040-1048.
- Sy, M.K. (2009). *Multidisciplinary Cancer Care. Pros and Cons*. School of Medicine, Griffith University.
- Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A.N., Darzi, A. & Vincent C.A. (2005). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 182-189.
- Wagner, E., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manage Care Q*, 7, 56-66.
- Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320, 569-572.
- Walsh, J., Young, J.M., Harrison, J.D., Butow, P.N., Solomon, M.J., Masya, L. & White K. (2011). What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *European Journal of Cancer Care*, 20, 220-227.
- Wilcoxon, H., Luxford, K., Saunders, C., Peterson, J. & Zorbas, H. (2011). Multidisciplinary cancer care in Australia: A national audit highlights gaps in care and medico-legal risk for clinicians. *Asia Pacific Journal of Clinical Oncology*, 7, 34-40.