



Competenties ter bevordering van de samenwerking tussen artsen in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg: een integratieve review

Referentie

Janssen M, Sagasser MH, Fluit CR, et al. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. *BMC Fam Pract* 2020;21:179. DOI: 10.1186/s12875-020-01234-6

Duiding

Giannoula Tsakitzidis, kinesitherapeut, Vakgroep Fampop, centrum huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

We moeten al ver teruggaan tot 2010 om een duiding in Minerva te vinden over de samenwerking tussen huisartsen en specialisten (1). We riepen toen op tot meer dialoog tussen partners die geacht worden om samen te werken. Meer nog, er werd aangegeven dat dit best in samenwerking met de patiënt gebeurt. In een andere studie, die in 2017 besproken werd, keek men naar de klinische apotheker als partner in de zorg (2). Deze studie bevestigde dat de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik in ziekenhuizen kan verbeteren door een betere samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Deze samenwerking kan immers leiden tot een adequater voorschrijfgedrag, veiligere transfer van zorg en in zekere mate een farmaco-economisch voordeel voor de maatschappij. Interprofessionele communicatie, veilige uitwisseling van relevante informatie tussen verschillende organisaties en partners in de zorg blijft vandaag nog steeds een belangrijke voorwaarde om kwaliteitsvolle zorg op maat te leveren. Ondanks de toenemende aandacht voor training van interprofessionele competenties blijft het nog steeds een uitdaging om samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn optimaal te organiseren en op te volgen. Dit is een belangrijk onderzoeksdomein want een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie heeft meer dan één chronische aandoening, wat leidt tot veel interactie tussen de eerste en de tweede lijn. Problemen in communicatie en overdracht van informatie leiden vaak tot medische fouten (3). Om continue, kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg te verzekeren, zouden deze zorgstelsels gezien moeten worden in hun onderlinge samenhang, in plaats van gefragmenteerde zorg met 'professionele silo's' (4). Om patiënten met chronische aandoeningen succesvol te kunnen behandelen zouden eerstelijnszorgverleners gemakkelijk toegang moeten krijgen tot gespecialiseerde kennis in de tweedelijnsgezondheidszorg. Anderzijds wordt men in de tweedelijnsgezondheidszorg steeds vaker geconfronteerd met meer ziekenhuisopnames van patiënten met multimorbiditeit. Om goede beslissingen te kunnen nemen op vlak van diagnostiek en behandeling zouden zij moeten beschikken over patiëntgerelateerde kennis uit de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een recente **integratieve** systematische review tracht een antwoord te formuleren op de vraag welke specifieke competenties zowel huisartsen als arts-specialisten in de tweede lijn nodig hebben om de onderlinge samenwerking te onderhouden en te bevorderen (5). 'Integratief' verwijst naar het feit dat de auteurs zochten naar zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek, alsook ander gepubliceerd materiaal, met de bedoeling om zo breed mogelijk relevante informatie over het onderwerp terug te vinden. De uitvoering van de literatuurstudie is transparant en grondig beschreven. Men doorzocht vier databanken (MEDLINE, CINAHL, Psychinfo en ERIC) van 1960 tot 2019, aangevuld met een manuele zoektocht in *Journal of Interprofessional Care* van 1992 tot 2019. De onderzoekers includeerden artikels die het interprofessioneel samenwerken tussen artsen van zowel eerste lijn als tweede lijn onderzochten en daarbij de competenties (kennis, vaardigheden, waarden en attitudes) beschreven die met deze samenwerking gepaard gingen. Om te beoordelen in hoeverre een artikel competenties voor samenwerking beschreef, formuleerden de reviewers voor zichzelf een aantal richtvragen ("Is dit iets wat een arts zou moeten weten of doen?" en - indien niet duidelijk weergegeven - "Kunnen we redelijkerwijs verwachten dat een arts invloed heeft op de beschreven conditie, facilitator of barrière voor samenwerking?")

De literatuurstudie werd door een multidisciplinair onderzoeksteam (huisartsen, specialisten (in opleiding), onderwijsexperten) uitgevoerd. Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit van de artikels op basis van 6 vragen die peilden naar de samenstelling van de steekproef, de verzameling en analyse van de onderzoeksgegevens, de externe validiteit, ethische aspecten en transparantie (6).

Na een systematische zoektocht werden 44 publicaties geïncludeerd. Meestal ging het om kwalitatieve studies, soms gecombineerd met kwantitatieve methodes zoals enquêtes en vragenlijsten. Men includeerde ook enkele reviews en

opiniestukken. Deze laatste kon men uiteraard niet methodologisch beoordelen. De methodologische kwaliteit van de andere geïncludeerde publicaties was matig tot zwak. Wegens de lage opbrengst werd besloten de methodologische kwaliteit niet als exclusiecriteria te gebruiken.

Geen enkele geïncludeerde studie beschreef expliciet de competenties voor interprofessioneel samenwerken. Daarom moesten de onderzoekers de competenties zelf distilleren uit ervaringen, motieven, barrières en faciliterende factoren of uit noodzakelijk ervaren voorwaarden voor een goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten, beschreven in de studies. *(Bijvoorbeeld: huisartsen voelen zich gefrustreerd over doorverwijzing van patiënten tussen specialisten onderling; om dit te vermijden zou het belangrijk kunnen zijn dat 'de specialist een interne doorverwijzing met de huisarts vooraf bespreekt'. Deze actie wordt dan vervolgens gecodeerd.)* Zo kwam men na **saturnatie** tot een lijst van codes die in 6 thema's over competenties rond samenwerking gebundeld konden worden.

De 6 grote thema's waren:

- 'patiëntgerichte zorg: een gezamenlijke bekommernis' (kunnen samenwerken rond dezelfde patiëntgerichte doelen),
- 'coöperatieve attitude en respect' (kunnen en willen samenwerken met wederzijds respect voor elkaar),
- 'rollen en verantwoordelijkheden' (de verschillende taken, rollen en verantwoordelijkheden voor huisartsen en specialisten moeten duidelijk zijn, bekend zijn en door beide actoren toegepast worden),
- 'wederzijdse kennis en begrip' (elkaars werkcontext kennen en weten wat elkaars mogelijkheden en beperkingen zijn),
- 'communicatie' (weten wat, wanneer, hoe er gecommuniceerd moet worden, zowel oraal als schriftelijk in verwijsbrieven en consultatierapporten/ontslagbrieven, met het oog op continuïteit van zorgen voor de patiënt) en
- 'leiderschap' (initiatief durven nemen om personen te overtuigen in team samen te werken en goed functionerende systemen voor samenwerking te helpen ontwikkelen, implementeren en coördineren).

Aan deze thema's werden subthema's gekoppeld die als een soort checklist gebruikt kunnen worden om na te gaan welke gedragsindicatoren (kennis, vaardigheden, attitudes) bij welk thema horen.

Wanneer het over competenties gaat, wordt in alle belangrijke publicaties geschreven dat de context van eerste of tweede lijn op zich geen rol speelt (7). De onderzoeksvraag van de huidige studie is gericht op een samenwerking tussen artsen. Kan dat gezien worden als een interprofessionele samenwerking? Globaal komen de 6 thema's echter zeer herkenbaar overeen met de core competenties van IPEC (8) en dus rijst de vraag of een validering van de IPEC voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsartsen nu echt nodig was. Uit andere publicaties is gebleken dat het begrijpen van het concept van interprofessioneel samenwerken in de praktijk tekortschiet (9-11). Het zou dus zeker interessant zijn om naast het definiëren van de gewenste gedragsindicatoren in verder onderzoek ook na te gaan waardoor interprofessioneel samenwerken in de praktijk niet altijd lukt. Is dat door 'onder'-ontwikkeling van interprofessionele competenties? Sinds de jaren negentig wordt er onderzoek verricht naar barrières voor het werken met interprofessionele gezondheidszorgteams in de eerste lijn (12) en nog steeds wordt verder uitgepluisd hoe dit in samenwerking met de tweede lijn kan verlopen (13,14). De onderzoekers van de huidige review bieden een overzicht van kennis, vaardigheden en attitudes nodig om transmurale samenwerking te faciliteren en te blijven realiseren. Dat helpt inderdaad om een beter inzicht te verwerven in wat verwacht wordt bij transmurale samenwerking. Doch een antwoord op de vraag: 'Hoe pak je het aan wanneer er geen of een 'foute' transmurale samenwerking wordt geïdentificeerd?' blijft noodzakelijk.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In de opleiding van artsen wordt momenteel gebruik gemaakt van de CanMEDS-rollen om de nodige competenties te definiëren (15,16). De rol van 'collaborator' (vertaald als teamplayer) verwijst onder andere naar een efficiënte samenwerking tussen verschillende gezondheidswerkers teneinde een veilige, kwalitatieve en patiëntgeoriënteerde zorg te kunnen aanbieden. Dit vraagt dat men een positieve relatie met collega's kan instellen en onderhouden, kan onderhandelen over overlappende en gedeelde verantwoordelijkheden, zich kan engageren tot shared-decision-making. Ook een respectvolle attitude, het kunnen implementeren van strategieën om elkaar te begrijpen, moeilijkheden en conflicten op te lossen zijn competenties die bij deze rol horen. Daarnaast moet men juist kunnen inschatten wanneer naar een andere zorgverlener door te verwijzen en moet men bij deze zorgoverdracht zowel verbaal als schriftelijk correct kunnen communiceren. In de rol van 'leader' wordt onder andere verwezen naar de verantwoordelijkheid om mee te werken aan het verbeteren van de organisatie van zorg op verschillende niveaus, dus ook van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Besluit

Deze integratieve systematische review van vooral kwalitatieve studies, vaak van lage methodologische kwaliteit, levert na het bereiken van saturatie 6 thema's op die aantonen dat de impact van artsen in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet te onderschatten is. Het gaat hier niet alleen over de manier waarop ze zichzelf gedragen maar ook hoe ze het gezondheidszorgsysteem kunnen beïnvloeden. Op basis van deze studie kunnen we echter niet beoordelen of de beschreven kerncompetenties in realiteit ook toegepast worden. Het competentiekader kan mogelijk wel helpen om opleidingen over interprofessioneel samenwerken te ondersteunen.

Referenties

1. Heymans I. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het voordeel van de patiënt: enkele perspectieven. [Editoriaal] *Minerva* 2010;9(10):109.
2. Spinewine A. De klinisch apotheker als partner in de zorg voor een beter geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis en voor de continuïteit tussen ziekenhuis en eerste lijn: een pleidooi. [Editoriaal] *Minerva* 2017;16(3):55-6.
3. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41. DOI: 10.1001/jama.297.8.831
4. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374:170-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60693-0
5. Janssen M, Sagasser MH, Fluit CR, et al. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. *BMC Fam Pract* 2020;21:179. DOI: 10.1186/s12875-020-01234-6
6. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ* 2008;337:a1035. DOI: 10.1136/bmj.a1035
7. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ* 2015;29:1-10. DOI: 10.7899/JCE-14-36
8. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, Core competencies for interprofessional collaborative practice, IPEC Editor, 2011.
9. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;19 Suppl 1:116-31. DOI: 10.1080/13561820500082529
10. Tsakitzidis G, Anthierens S, Timmermans O, et al. Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Prim Health Care Res Dev* 2017;18:591-602. DOI: 10.1017/S146342361700024X
11. Tsakitzidis G, Goesaert E, Kool E, Verté E. Implementatiestrategie. Interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn. VIVEL, 2020. Url: www.vivel.be.
12. Grant R, Finocchio L, Pew Health Professions Commission. Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide. Pew Health Professions Commission, 1995.
13. Looman N, Fluit C, van Wijngaarden M, et al. Chances for learning intraprofessional collaboration between residents in hospitals. *Med Educ* 2020;54:1109-19. DOI: 10.1111/medu.14279
14. Vermond D, Helsper CW, Kortekaas MF, et al. Developing a regional transmural care database: a roadmap. *Int J Med Inform* 2021;148:104386. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2021.104386
15. Royal College of physicians and surgeons of Canada. CanMEDS Diagram and Framework, 2021. Url: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
16. Tsakitzidis G, P. Van Royen P. *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. De Boeck/Van Inn, 2018.