

Op zoek naar gezond verstand

Referentie

Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19:14. DOI: 10.1186/s12875-017-0678-1

Duiding

Jan De Lepeleire, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven en UPC KU Leuven

Klinische vraag

Hoe kan de samenwerking en communicatie tussen verpleegkundigen en huisartsen in woonzorgcentra verbeterd worden?

Achtergrond

In Duitsland zijn er weinig gegevens beschikbaar over de samenwerking tussen verpleegkundigen en huisartsen in woonzorgcentra. Het is bekend dat een betere interprofessionele samenwerking de kwaliteit van zorg voor deze zeer kwetsbare groep sterk kan verbeteren (1,2). Zoals bij ons bezoeken in Duitsland veel verschillende huisartsen de residenten in een woonzorgcentrum en delegeren ze taken naar de verpleegkundigen. Observationeel onderzoek toont aan dat de medische zorg bij rusthuisbewoners tekort schiet als gevolg van een combinatie van onvoldoende gedocumenteerde dossiers, onder- en overgebruik van medicatie (in het bijzonder van psychotrope medicatie) en tekortschietende interprofessionele communicatie (3).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusie van 18 woonzorgcentra met minder dan 40 tot meer dan 200 bewoners in 4 regio's in Duitsland; inclusie van bewoners ouder dan 65 jaar die minstens 3 maanden in het woonzorgcentrum verbleven
- exclusie van bewoners met ernstige cognitieve of lichamelijke beperkingen.

Onderzoeksopzet

- stap 1: face-to-face open-guideline-interviews met 30 huisartsen, 18 verpleegkundigen, 25 rusthuisbewoners en 27 familieleden; afgenomen door een interprofessioneel onderzoeksteam; aangevuld met observaties van 5 huisbezoeken door huisartsen; interviews opgezet en geanalyseerd volgens **grounded theory**
- stap 2: in 3 **focusgroepen** met een totaal van 34 huisartsen en 34 verpleegkundigen werd gediscussieerd over voorstellen om de samenwerking en de communicatie te verbeteren; discussies geanalyseerd met **mindmapping**
- stap 3: tijdens een eendaagse multidisciplinaire workshop werden op basis van de bevindingen uit de focusgroepen maatregelen voor een betere samenwerking en communicatie besproken en ontwikkelde men strategieën voor rekrutering en implementatie; analyse via mindmapping
- stap 4: het interprofessioneel onderzoeksteam maakte uiteindelijk een selectie van maatregelen
- stap 5: men onderzocht de haalbaarheid van de geselecteerde maatregelen bij huisartsen en verpleegkundigen in 4 woonzorgcentra.

Resultaten

- in stap 4 selecteerde men 6 maatregelen die op korte termijn (drie maanden) een positieve invloed zouden kunnen hebben op de interprofessionele samenwerking/communicatie:

- overlegvergaderingen met huisarts, verpleegkundige, bewoner en eventueel familielid om gemeenschappelijke lange termijn doelstellingen in verband met mobiliteit, voeding, sociale integratie en individuele medische topics te bepalen
- een centrale contactpersoon in het woonzorgcentrum (verpleegkundige die op de hoogte gehouden wordt over de toestand van alle bewoners) en in de huisartspraktijk (praktijkassistent die de vragen van het woonzorgcentrum prioritiseert op basis van belang en dringendheid) die face-to-face of telefonisch met elkaar communiceren
- gestandaardiseerd document in het verpleegdossier met toegelaten pro re nata (staand order) medicatie voor de bewoner en factoren die nagekeken moeten worden alvorens de huisarts te bellen
- gebruik van naambadges voor de centrale contactverpleegkundige en huisarts
- betere toegankelijkheid van de centrale contactverpleegkundige via telefoon of fax en van de huisarts eventueel ook via een gsm-nummer
- gestandaardiseerde planning en procedures voor rusthuisbezoeken: de huisarts kondigt zijn bezoek twee dagen op voorhand aan waardoor de centrale contactverpleegkundige de vragen van bewoners en verpleegkundigen op voorhand tijdig kan prioriteren; bij aankomst contacteert de huisarts de centrale contactverpleegkundige en beiden overlopen de vragen en bezoeken de bewoners; na het bezoek vult de huisarts het verpleegdossier in en informeert de centrale contactverpleegkundige
- in stap 5 rapporteerden huisartsen en verpleegkundigen positieve ervaringen (gemakkelijk toe te passen, goed aanvaard, verbetering in communicatie en in samenwerking merkbaar) met de implementatie van deze maatregelen, behalve met de maatregel “één centrale contactpersoon”.

Besluit van de auteurs

De auteurs van deze kwalitatieve studie konden vanuit het perspectief van de stakeholders in 18 woonzorgcentra zes maatregelen ontwikkelen die de samenwerking en communicatie kunnen verbeteren. Vijf maatregelen werden positief beoordeeld in een exploratieve pilootstudie. Ze zouden gemakkelijk geïmplementeerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk van andere woonzorgcentra. De impact van deze maatregelen op patiëntgeoriënteerde uitkomsten zou men nog verder moeten onderzoeken.

Financiering van de studie

Duits federaal ministerie van Onderwijs en Onderzoek (FK 01GY1124).

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs verklaren dat er geen belangenconflicten zijn.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

In deze studie vertrekt men niet van vooraf precies geformuleerde onderzoeksvragen. Een interprofessioneel onderzoeksteam ontwikkelt stapsgewijs en bottom-up maatregelen om de communicatie en de samenwerking in woonzorgcentra te verbeteren. De keuze voor deze ‘grounded theory’-onderzoeksmethode helpt de kloof tussen theorie en praktijk te dichten door rekening te houden met de échte ervaringen, noden en wensen van de verschillende stakeholders. Het is wel jammer dat gezondheidsprofessionals zoals kinesitherapeuten en ergotherapeuten niet bij het onderzoek betrokken werden. De verschillende aan elkaar gekoppelde kwalitatieve onderzoeksmethoden en analysemethoden worden in het artikel zeer goed beschreven en zijn globaal genomen goed uitgevoerd (4). In een eerste stap nam men interviews af bij residenten, hun familie, verpleegkundigen en huisartsen, aangevuld met (een eerder beperkt aantal) observaties van huisbezoeken door huisartsen. Het is niet duidelijk of men **saturatie** bereikte. De analyse van de interviews gebeurde met **open coding** door vaste duo’s met een verschillende professionele achtergrond. Voor de analyse van de discussie in de focusgroepen en in de multidisciplinaire workshop gebruikte men mindmapping, een zeer bruikbare techniek om complexe

gegevens te ordenen. Het is niet duidelijk volgens welke criteria het onderzoeksteam de maatregelen voor implementatie selecteerde. **Bias** is echter weinig waarschijnlijk aangezien alle maatregelen als even belangrijk beschouwd werden. Het aantal woonzorgcentra, verpleegkundigen, huisartsen en (vooral) bewoners in de laatste stap was te klein om betrouwbare conclusies over het nut en de weerstanden van deze maatregelen te trekken. De auteurs geven aan dat ze een onderzoek zullen starten om de effecten van deze maatregelen verder te meten.

Interpretatie van de resultaten

De resultaten van deze kwalitatieve studie zijn extrapolatiebaar naar onze zorgcontext omdat de organisatie van de medische zorgen in Duitse en Belgische woonzorgcentra vergelijkbaar is. We kunnen ons echter de vraag stellen of het nodig was om hiervoor een drie jaar durende studie op te zetten. De voorgestelde maatregelen kunnen zo uit een reglement inwendige orde van een Vlaams woonzorgcentrum komen. Het lijken eerder basiselementen van gezond verstand en van hoffelijke omgangsvormen: u zelf voorstellen (dan hoeft u geen badge te dragen), op ordentelijke uren uw residenten bezoeken (wat al wat moeilijker te regelen is), reservemedicatie voorschrijven ‘indien nodig’ en bij aanvang een overleg rond de zorgdoelen voor de betrokken resident vastleggen. Wat zorgoverleg betreft, weten we uit ander onderzoek dat net het formuleren van doelen zeer abstract en daardoor ook heel moeilijk is (5-9). Ook bij ons is er groeiende aandacht voor dit interprofessioneel proces. Het ‘IPSIG’-handboek is daarbij de vuurtoren in de mist (10). De in deze studie ontwikkelde maatregelen focussen op ‘communicatie’. Communicatie is natuurlijk zeer belangrijk en vormt het startpunt van samenwerking, maar geeft zelden aanleiding tot sterke coördinatie en integratie. Onderzoek in Wallonië toonde dat grootmoeders adagium ‘onbekend is onbemind’ onverminderd van kracht is: als mensen elkaar persoonlijk kennen, loopt samenwerking veel doeltreffender (11). Ook dat onderzoek had misschien door gezond verstand vervangen kunnen worden.

Besluit van Minerva

Deze stapsgewijze bottom-up kwalitatieve studie komt tot eenvoudige, gemakkelijk implementeerbare maatregelen die kunnen helpen om de communicatie tussen huisartsen en verpleegkundigen te verbeteren. De impact van deze maatregelen op de kwaliteit van de zorg van rusthuisbewoners moet verder onderzocht worden.

Voor de praktijk

In de dagelijkse praktijk in Vlaanderen is er een hele stap voorwaarts gezet in de coördinatie van de medische zorgverlening in woonzorgcentra door de invoering van de functie van coördinerend en raadgevend arts (CRA). Enkele ontwikkelde maatregelen uit de hoger beschreven studie zijn impliciet opgenomen in het besluit van de Vlaamse regering dat binnen afzienbare tijd gepubliceerd zal worden.

Referenties

1. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
2. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:471-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.02.005
3. Balzer K, Butz S, Bentzel J, et al. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technol Assess* 2013;9:Doc02. DOI: 10.3205/hta000108
4. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
5. Chevalier P. Hoe zorgdoelen bespreken en vastleggen bij ouderen met gevorderde dementie? *Minerva* 2017;16(9):222-5.

6. Hanson LC, Zimmerman S, Song MK, et al. Effect of the goals of care intervention for advanced dementia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177:24-31.
DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7031
7. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3.
DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
9. Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. [Editoriaal] *Minerva* 2013;12(4):40.
10. Tsakitidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Wommelgem: De Boeck, 2017.
11. Dagneaux I, Gilard I, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *J Multidiscip Healthc* 2012;5:17-25.
DOI: 10.2147/JMDH.S27617