

KU Leuven

Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg

Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde

Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Meerwaarde en haalbaarheid van transmurale samenwerking in de  
oncologische zorg, zoals ingeschat door zorgverleners in ziekenhuis en  
eerstelijns

Vincent Cuypers

Promotor: Prof. Dr. Paul Clement

Co-promotor: /

Werkbegeleider: Mevrouw Annemarie Coolbrandt  
Mevrouw Ine Decadt

Project thesis aangeboden tot het verkrijgen van de graad van  
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Academiejaar 2017 – 2018

## Dankwoord

Er zijn verschillende personen die hebben meegeholpen aan de totstandkoming van deze masterproef. Met dit dankwoord wil ik hen individueel bedanken voor de steun, inzet en het vertrouwen die zij me hebben gegeven gedurende deze periode.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor, Professor dokter Clement bedanken voor het mogelijk maken van deze masterproef en de opvolging en ondersteuning hierbij. Vervolgens wil ik graag de beide werkbegeleiders, mevrouw Ine Decadt en mevrouw Annemarie Coolbrandt bedanken. Zij hebben me bijgestaan met kritische feedback, de nodige begeleiding en vele tips. Zonder hen was het niet mogelijk om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Als laatste wil ik graag mijn moeder, mijn zus, en goede vriend Anthony bedanken. Wanneer ik het even niet meer goed wist, boden zij steeds een oplossing aan. Ze zijn me heel deze periode (met het nodige geduld) blijven steunen en hebben ook veel naleeswerk verricht.

## Inhoudstabel

Dankwoord.....	2
Abstract .....	5
1. Inleiding .....	6
1.1 Probleemstelling.....	6
1.2 Formulering van de doelstellingen.....	8
2. Methodologie .....	9
2.1 Design .....	9
2.2 Setting.....	9
2.3 Steekproef .....	9
2.4 Procedure kwantitatieve gegevensverzameling .....	9
2.4.1. Selectie ziekenhuiszorgverleners binnen UZ Leuven .....	9
2.4.1.1. Artsen binnen UZ Leuven .....	9
2.4.1.2. Verpleegkundigen binnen UZ Leuven .....	9
2.4.1.3. Sociaal werkers binnen UZ Leuven .....	10
2.4.2. Selectie ziekenhuiszorgverleners buiten UZ Leuven .....	10
2.4.3. Selectie eerstelijnszorgverleners .....	10
2.4.3.1. Huisartsen .....	10
2.4.3.2. Thuisverpleegkundigen .....	10
2.4.3.3. Maatschappelijk werkers .....	11
2.5. Procedure kwalitatieve gegevensverzameling .....	11
2.5.1. Focusgroep .....	11
2.5.1.1. Deelname aan de focusgroep .....	11
2.5.1.2. Organisatie van de focusgroep .....	11
2.6. Variabelen en meetinstrumenten .....	11
2.7. Data-analyse .....	12
2.7.1. Analyse kwantitatieve resultaten .....	12
2.7.2. Analyse kwalitatieve resultaten .....	13
2.8. Ethische aspecten .....	13
3. Resultaten .....	14
3.1. Kwantitatieve resultaten .....	14
3.1.1. Demografische gegevens deelnemers vragenlijst .....	14
3.1.2. Interne consistentie .....	15
<b>Tabel 1:</b> Interne consistentie zorgdoelstellingen/fase.....	16
3.1.3. Ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid van transmurale zorg tussen ziekenhuis en eerstelijns .....	16
3.1.4. Verschillen tussen groepen ziekenhuiszorgverleners in de gepercipieerde meerwaarde en haalbaarheid van zorgdoelstellingen .....	17
3.1.5. Verschillen tussen groepen eerstelijnszorgverleners in de gepercipieerde meerwaarde en haalbaarheid van zorgdoelstellingen .....	18
<b>Tabel 2:</b> Demografische gegevens survey transmurale zorg .....	20
<b>Tabel 3:</b> Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid door cluster van zorgverleners uit ziekenhuis en eerstelijns .....	22
<b>Tabel 4:</b> Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid onderling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns .....	23

<b>Tabel 5:</b> Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid per zorgdoelstelling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns .....	24
3.2. Kwalitatieve resultaten .....	26
3.2.1. Demografische gegevens focusgroep .....	26
3.2.2. Meerwaarde van transmurale zorg zoals ingeschat door ziekenhuiszorgverleners.....	26
3.2.3. Meerwaarde van transmurale zorg zoals ingeschat door eerstelijnszorgverleners.....	27
3.2.4. Meerwaarde voor de zorgvrager .....	29
3.2.5. Haalbaarheid van transmurale zorg .....	29
3.2.6. Facilitatoren voor een 'goede' transmurale samenwerking .....	30
<b>Tabel 6:</b> Demografische gegevens focusgroep transmurale zorg .....	31
4. Discussie .....	33
5. Conclusie .....	37
6. Referenties .....	38
<b>Bijlage 1:</b> <i>vragenlijst eerstelijns zorgverleners 2016-2017'</i> .....	41
<b>Bijlage 2:</b> <i>vragenlijst ziekenhuiszorgverleners 2016-2017'</i> .....	51
<b>Bijlage 3:</b> <i>Topiclijst</i> .....	61
<b>Bijlage 4:</b> <i>Toestemming projectplaats UZ Leuven</i> .....	62

## Abstract

**Achtergrond** Transmurale zorg is een vorm van zorg die wordt verleend op basis van afspraken over de samenwerking tussen alle zorgpartners, zowel in de eerste- als tweedelijnsgezondheidszorg. Inadequate communicatie en zorgcoördinatie tussen ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners beïnvloedt de zorg voor de oncologische patiënt negatief. Een goede verdeling van rollen en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners in het ziekenhuis en de eerstelijnszorg zijn noodzakelijk.

**Doelstelling/vraagstelling** Dit onderzoek verkent in welke mate zorgverleners in het ziekenhuis en in de eerstelijns transmurale samenwerking rond verschillende aspecten van oncologische patiëntenzorg een meerwaarde vinden en hoe ze de haalbaarheid hiervan inschatten.

**Methode** Deze studie maakt gebruik van een sequential mixed methods design. Hierbij worden in eerste fase kwantitatieve data verzameld via een eenmalige vragenlijst en geanalyseerd. In tweede fase vormen deze resultaten de basis voor de interviewgide van de focusgroep.

**Resultaten** Ziekenhuis- en eerstelijnszorgverleners vinden transmurale samenwerking in de oncologie een meerwaarde en vinden dit over het algemeen haalbaar. De haalbaarheid van deze transmurale samenwerking wordt lager ingeschat dan de meerwaarde. Eerstelijnszorgverleners schatten de meerwaarde en haalbaarheid systematisch hoger in dan ziekenhuiszorgverleners. In een focusgroep worden barrières aangehaald zoals onvoldoende communicatie tussen zorgverleners en tijdsgebrek.

**Conclusie** De meerwaarde en haalbaarheid van transmurale zorg wordt over het algemeen positief gepercipieerd door ziekenhuis- en eerstelijnszorgverleners.

**Relevantie voor de praktijk** De huidige transmurale zorg binnen de oncologie verloopt op gefragmenteerde wijze met te weinig ondersteuning en organisatie van zorg. Met deze studie wordt onderzocht wat de perspectieven van zorgverleners uit het ziekenhuis en de eerstelijnszorg zelf zijn over de huidige transmurale samenwerking.

# 1. Inleiding

## 1.1. Probleemstelling

In 2013 werden in België 65 487 nieuwe gevallen van kanker gediagnosticeerd, waaronder 34 708 mannen (53,0%) en 30 779 vrouwen (47,0%) (Belgian Cancer Registry, 2015). Er wordt verwacht dat deze incidentie zal stijgen ten gevolge van een toename van de bevolking en van de vergrijzing. Verder is er ook een toename van het aantal vroegtijdige detecties van asymptomatische kankers door bijvoorbeeld PSA testing en preventieve afname van mammografieën (Stichting tegen Kanker; Siegel R.L., et al. 2015; Thakkar J.P., et al. 2014; Berger N.A., et al. 2006). Dankzij verbeterde chirurgische technieken, nieuwe vormen van chemotherapie en andere nieuwe behandelingen (Siesling S., et al. 2011; Cox K., et al. 2017; Barwe S.P., et al. 2017; Nakahama K., et al. 2017) daalt de kankermortaliteit bij Belgische mannen jaarlijks met 1,6% en bij vrouwen met 0,5% (Belgian Cancer Registry, 2015).

De stijging van het aantal diagnoses in combinatie met een betere overleving van personen met kanker brengt een verhoogde en steeds complexere zorgvraag met zich mee (Stadlander M. & Dreesens D. 2008). Zo zal er een toename zijn van het aantal personen met een verhoogde invaliditeit, een zwaardere ziektebelasting en een grotere hulpbehoefendheid in het dagelijks leven. Dit komt onder meer omdat oudere kankeroverlevenden op lange termijn een hogere kans hebben op diabetes, longziekten, incontinentie, chronische pijn en artritis dan personen die nooit kanker hadden (Keating N.L., et al. 2005).

Daarnaast stellen patiënten steeds hogere eisen rond continuïteit, communicatie en service van het zorgaanbod. (Yabroff K.R., 2004; Stadlander M. & Dreesens D. 2008).

Binnen de oncologische zorgverlening bevordert een verbetering in communicatie en coördinatie tussen ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners de levenskwaliteit van de patiënt. In de studie van Ferrell B. (2014) ziet men een positieve invloed op zowel primaire langetermijneffecten (bv. vermoeidheid, seksuele disfunctie, pijn etc.), als op psychosociale symptomen (bv. angst, stress, depressie...) voor de patiënt.

Verder heeft een betere coördinatie van zorg ook een economische impact. Zo kan substitutie van zorg van tweede- naar eerstelijns de toenemende kosten van de gezondheidszorg gedeeltelijk dekken op voorwaarde dat er goede afspraken worden gemaakt, eerstelijns zorgverleners elkaar aanvullen, en de kennis van de huisartsen voldoende is om zorg over te nemen van de tweedelijns (Van dijk C.E., et al. 2013). Het is belangrijk dat zorgverleners in de eerstelijns en in het ziekenhuis wederzijds vertrouwen hebben in elkaars expertise en deskundigheid (Knottnerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011). Verpleegkundigen in het ziekenhuis en in de eerstelijns geven aan dat ze elkaars informatie niet altijd vertrouwen (Knottnerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011; Kranenbarg E. & Sassen B. 2016).

Hoewel patiënten met kanker rapporteren dat ze de rol van de huisarts belangrijk vinden wanneer ze na een ziekenhuisopname thuis komen, blijkt dat deze rol vaak onvoldoende wordt uitgevoerd door de huisarts (Guassora, et al. 2015). Hierdoor weten de patiënten niet goed tot wie ze zich kunnen richten bij problemen en ontstaat onzekerheid (Guassora, et al. 2015). Patiënten die daarentegen wel regelmatig contact hebben met dezelfde huisarts gedurende de behandeling hebben een betere vertrouwensband, worden minder vaak opgenomen in het ziekenhuis, en hebben een beter ziekte-inzicht waardoor ze meer geneigd zijn om de voorgestelde behandeling te volgen (Barker I., et al. 2017). Huisartsen geven zelf ook aan dat ze het contact met de patiënt verliezen eens deze zorgvrager in behandeling is in het ziekenhuis (Guassora, et al. 2015). Dit gebrek aan communicatie, alsook de inadequate uitwisseling van informatie zorgt ervoor dat huisartsen aarzelen om meer verantwoordelijkheid voor deze oncologische patiëntengroep op te nemen (Fidjeland, et al. 2015).

Niet alleen de rol van de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners is belangrijk in de huidige oncologische zorg, maar ook die van de naasten van de patiënt (Hudson P. & Payne S. 2011; Glajchen M. 2004). De betrokkenheid van naasten in de zorg voor de oncologische patiënt wordt in de eerstelijns als zeer belangrijk beschouwd omdat deze een grote invloed hebben in

de therapietrouwheid en continuïteit van zorg (Glajchen M. 2004). Ook nemen naasten van oncologische patiënten naast fysieke zorg, andere zorgtaken op die tegemoetkomen aan de sociale, spirituele en psychologische dimensies van hun geliefden (Ferrel B. & Wittenberg E. 2017). Het besef om naasten van de oncologische patiënten goed te ondersteunen groeit, omdat dit enerzijds voordelen geeft voor de naaste zelf, maar anderzijds ook voor de patiënt en de zorgverleners in de eerstelijns (Hudson P. & Payne S. 2011; Glajchen M. 2004).

Over de jaren heen is er consensus gegroeid over de noodzaak om de zorg voor chronische patiënten te verbeteren en om deze in één geheel aan te bieden (Heijmans M., et al. 2010; Conferentie eerstelijnszorg, 2017). Uitgangspunt hierbij is de *'disease management benadering'* waarbij de doelstelling multidisciplinaire zorg is die naast hollistisch ook efficiënt is (Jefferies H., Chan K. 2004, Heijmans, et al. 2010).

Belangrijk binnen deze *'disease management benadering'* is dat er adequate transmurale zorg wordt verleend. Transmurale zorg is een vorm van zorg die wordt verleend op basis van afspraken over de samenwerking tussen alle zorgpartners, zowel in de eerste- als tweedelijnsgezondheidszorg. Er is sprake van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden (Conceptnota Transmurale Zorg 2011). Hierbij is het doel het tot stand brengen van een geïntegreerd zorgproces, waar samenwerking en afstemming van zorg noodzakelijk worden geacht om de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënt te verzekeren (Werkgroep Transmurale Zorg. 2015). Om de zorg voor oncologische patiënten en hun familie optimaal te kunnen aanbieden is het ook van belang een gemeenschappelijk draagvlak te creëren tussen ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners. Op deze manier krijgen de betrokken partijen een beeld van elkaars doelstellingen die ze nastreven om een gecoördineerde zorg te kunnen leveren (Werkgroep transmurale zorg 2015).

In 2007 werd vanuit de Federale Overheid het eerste meerjarig programma (2007-2012) ontwikkeld waarin bewust gekozen werd voor transmurale zorg. Vanuit het ziekenhuisperspectief werd het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' tussen de FOD Volksgezondheid en ziekenhuizen afgesloten (Werkgroep Transmurale Zorg 2015).

Het tweede meerjarig programma liep van 2013 tot 2017. Dit programma integreerde voor het specifieke thema 'Transmurale Zorg' vier generieke thema's: (1) veiligheidsmanagementsysteem, (2) leiderschap, (3) communicatie en ten slotte (4) patiënt en familie empowerment (Werkgroep Transmurale Zorg 2015). Er werd een eerste stap gezet naar meer samenwerking met zorgverleners buiten het ziekenhuis door een ziekenhuisbrede visie te ontwikkelen voor transmurale zorg (Werkgroep Transmurale Zorg 2015).

Naar aanleiding van deze overheidsprogramma's zijn er verschillende evoluties in de eerstelijnsgezondheidszorg die de ontwikkeling van transmurale zorg verder kunnen bevorderen. Zo is er de idee om 'Lokale Multidisciplinaire Netwerken' in het kader van zorgtrajecten in te voeren. Door te werken met een gezamenlijk patiëntendossier wordt vermoed dat dit zal bijdragen tot een verbeterde gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen en de eerstelijnsgezondheidszorg (Conceptnota Transmurale Zorg 2011).

Actieve transmurale zorgverlening wordt verder ook door de meeste zorgverleners als een meerwaarde ervaren voor zowel de patiënt, de mantelzorger, alsook voor hun eigen rol. In een masterproef over een transmuraal zorgtraject voor patiënten met een glioma werd duidelijk dat dankzij de vertrouwensband die de zorgverlener opbouwt met de patiënt, problemen sneller duidelijk worden en de zorgverlener hier beter op kan inspelen (Masterproef Jolien Onkelinx 2015-2016). Deze meerwaarde wordt niet enkel ervaren bij oncologische patiënten, maar ook in andere chronische zorggroepen. Zo ziet men bijvoorbeeld een sterke daling in het aantal heropnames bij patiënten met vergevorderd hartfalen als de therapie die ze krijgen aangepast is aan hun individuele noden en wensen (Duchenne J., et al. 2014).

Hoewel er een duidelijke nood is aan efficiënte transmurale zorg voor oncologische patiënten en hiervoor al de nodige initiatieven zijn genomen, is er tot op heden slechts beperkt onderzoek

gedaan naar de mate waarin betrokken zorgverleners deze samenwerking haalbaar achten of als een meerwaarde zien.

## 1.2. Formulering van doelstellingen

In deze studie worden de meerwaarde en haalbaarheid van transmurale zorg in de oncologie onderzocht vanuit het perspectief van de zorgverleners. Concreet worden volgende onderzoeksvragen hiervoor vooropgesteld:

Hoe schatten zorgverleners in het ziekenhuis en in de eerstelijns de **meerwaarde** van transmurale samenwerking rond zorgdoelstellingen in de oncologie in?

Hoe schatten zorgverleners in het ziekenhuis en in de eerstelijns de **haalbaarheid** van een transmurale samenwerking rond zorgdoelstellingen in de oncologie in?

De exploratie van deze onderzoeksvragen zal bijdragen tot het identificeren van opportuniteiten en barrières en bij het plannen van nieuwe initiatieven in functie van transmurale samenwerking.



## 2. Methodologie

### 2.1. Design

Deze studie maakt gebruik van een ‘*sequential mixed methods design*’. Met dit design vindt de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling plaats in twee verschillende fasen. In een eerste fase worden kwantitatieve data verzameld en geanalyseerd. Vervolgens volgt op basis van deze kwantitatieve resultaten een kwalitatieve dataverzameling. Het kwantitatieve luik in dit onderzoek bestaat uit een eenmalige semi-kwantitatieve vragenlijst opgesteld uit open en gesloten vragen. In het kwalitatief onderzoeksdeel worden data verzameld aan de hand van een focusgroep.

### 2.2. Setting

De studie richt zich op Vlaamse intraprofessionele oncologische zorgverleners zowel uit de eerstelijns, als uit het ziekenhuis. Dit wordt in detail besproken in ‘2.4. Procedure kwantitatieve gegevensverzameling’. De dataverzameling voor de hele studie vond plaats van 10 oktober 2016 tot en met 9 mei 2017.

### 2.3. Steekproef

Artsen, verpleegkundigen en sociaal werkers in het ziekenhuis en in de eerstelijnsgezondheidszorg die werkzaam zijn in Vlaanderen en die zorgverlening uitvoeren bij oncologische patiënten kwamen in aanmerking voor inclusie. Participanten werden via een gelegenheidssteekproef gekozen. Het richtcijfer van de steekproefgrootte bedroeg 15 deelnemers per individuele beroeps categorie (artsen, huisartsen, verpleegkundigen...). Het richtcijfer voor deelnemers aan de focusgroep bedroeg één persoon per beroepsgroep.

### 2.4. Procedure kwantitatieve gegevensverzameling

#### 2.4.1. Selectie ziekenhuiszorgverleners binnen UZ Leuven

Er werd gekozen voor drie oncologische afdelingen binnen UZ Leuven, campus Gasthuisberg, met een verschillende patiëntenpopulatie (E652 respiratoire oncologie, E442 digestieve oncologie en E632 algemene medische oncologie). Ziekenhuiszorgverleners die werkzaam zijn binnen deze afdelingen werden via een uitnodiging gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek door in eerste instantie een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst kon zowel op papier worden ingevuld als via een online websurvey.

##### 2.4.1.1. Artsen binnen UZ Leuven

Artsen van de drie geïnccludeerde afdelingen binnen UZ Leuven werden via e-mail gecontacteerd door de promotor van dit onderzoek en tevens staflid in UZ Leuven met de vraag tot deelname aan het transmurale onderzoekproject.

##### 2.4.1.2. Verpleegkundigen binnen UZ Leuven

De hoofdverpleegkundigen van de afdelingen E652, E442 en E632 werden gecontacteerd door de onderzoeker via e-mail. De hoofdverpleegkundigen stemden hierna toe dat de onderzoeker het onderzoek en de vragenlijst nader kwam toelichten op de afdeling aan de aanwezige verpleegkundigen. Nadat de verpleegkundigen werden ingelicht over het doel van het onderzoek en de bijhorende vragenlijst, konden zij deze vrijblijvend invullen. Verpleegkundigen die niet aanwezig waren op het moment van de afspraak werden ingelicht door de betrokken hoofdverpleegkundige. Er werd met de hoofdverpleegkundige van elke hospitalisatie afdeling een plaats afgesproken waar de ingevulde vragenlijsten konden worden verzameld. Halverwege de periode van de gegevensverzameling werd een herinneringsmail gestuurd naar de hoofdverpleegkundige om een overzicht te bekomen van het aantal reeds ingevulde vragenlijsten en om de verpleegkundigen aan te moedigen de vragenlijsten in te vullen indien dit nog niet gebeurd was.

#### 2.4.1.3. Sociaal werkers binnen UZ Leuven

Sociaal werkers die mee betrokken zijn bij de zorg voor oncologische patiënten in UZ Leuven, werden via een contactpersoon van het pilootproject transmurale zorg voor glioma's en hun mantelzorgers (2014-2016) via e-mail gecontacteerd. Deze contactpersoon stond in voor het verspreiden van de vragenlijsten aan de desbetreffende sociaal werkers binnen oncologie. Er werd door de onderzoeker bevraagd hoe de sociaal werkers de vragenlijst wensten te ontvangen. Dit was zowel mogelijk via een online link naar de websurvey alsook via een papieren versie die kon afgeleverd worden of verstuurd via een gefrankeerde enveloppe.

#### 2.4.2. Selectie ziekenhuiszorgverleners buiten UZ Leuven

Artsen, verpleegkundigen en sociaal werkers, werkzaam buiten UZ Leuven werden via een algemene oproep gevraagd tot deelname aan het onderzoek. Deze oproep werd op vraag van de begeleiders van dit onderzoek geplaatst onder de categorie 'onderzoek' op de website van het Cedric Hèle Instituut en op het digitaal forum van Kom Op Tegen Kanker. Deze oproep bestond uit een uitnodigingsbericht om de vragenlijst online via een websurvey in te vullen. Indien participanten een voorkeur zouden hebben voor een papieren versie, konden zij de onderzoeker hiervoor een e-mail sturen en werd hen een vragenlijst opgestuurd met gefrankeerde enveloppe.

#### 2.4.3. Selectie eerstelijnszorgverleners

Contactgegevens van eerstelijnszorgverleners in Vlaanderen (huisartsen, thuisverpleegkundigen en sociaal werkers buiten UZ Leuven) werden door de onderzoeker online opgezocht. De manier waarop de zorgverlener nadien werd ingelicht, varieerde van beroepsgroep tot beroepsgroep. Zo werd voor de verzameling van sociaal werkers buiten UZ Leuven een algemene verantwoordelijke geïnformeerd van iedere mutualiteit die nadien de werknemers zelf zou inlichten. Bij huisartsen was er de mogelijkheid om elk individu persoonlijk te contacteren.

##### 2.4.3.1. Huisartsen

Het merendeel van de gecontacteerde huisartsen zijn werkzaam in een solo- of groepspraktijk binnen de regio Leuven. Huisartsen werden door de onderzoeker voornamelijk telefonisch gecontacteerd omdat een e-mailadres bij veel huisartsen privé is. Indien er toch een mogelijkheid was om de huisarts via e-mail aan te schrijven werd deze keuze geopteerd. Deze e-mail bestond uit een uitnodiging tot deelname, maar er werd ook vermeld dat de onderzoeker steeds bereid was om telefonisch contact op te nemen of op afspraak langs te komen om meer uitleg te geven over het onderzoek. Er werd ook gebruik gemaakt van convenience sampling. Zo werden huisartsen gecontacteerd die de onderzoeker of begeleiders persoonlijk kenden. Bij deze huisartsen werd de kans op respons groter ingeschat. Tot slot werd een e-mail met de vraag tot verspreiding van de vragenlijst binnen het wachtdienstonderdeel KHOBRA (Heverlee, Kessel-Lo en Leuven) verzonden naar de contactpersoon van de website van Mediawacht, maar hier kwam geen reactie op.

##### 2.4.3.2. Thuisverpleegkundigen

Bij de beroepsgroep van thuisverpleegkundigen werd een onderscheid gemaakt tussen thuisverpleegkundigen binnen een zelfstandige organisatie (Kring Zelfstandige Verpleegkundigen Vlaanderen) en thuisverpleegkundigen verbonden aan een georganiseerde dienst voor thuisverpleging (Wit-Gele Kruis). Thuisverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen een zelfstandige organisatie werden via e-mail gecontacteerd met de vraag tot deelname aan het onderzoek. De lijst van e-mailadressen van deze thuisverpleegkundigen werd online gevonden via Kring Zelfstandige Verpleegkundigen Leuven. Er werden via simple random sampling 60 thuisverpleegkundigen via deze weg gecontacteerd. Een contactpersoon binnen het Wit-Gele Kruis werd door de begeleiders van het onderzoek gevraagd of de onderzoeker vragenlijsten mocht verspreiden onder de thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis. Na toestemming werden twintig vragenlijsten afgeleverd door de onderzoeker bij het Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant te Lubbeek.

### 2.4.3.3. Maatschappelijk werkers

Maatschappelijk werkers van verschillende mutualiteiten die werkzaam zijn in Vlaanderen werden via e-mail gecontacteerd. Deze e-mailadressen werden verzameld via de contactpagina op de websites van de geïncludeerde mutualiteiten. Zo werd door de onderzoeker een e-mail verzonden met een uitnodiging om deel te nemen aan de websurvey naar het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds, socialistische mutualiteit van Brabant, Christelijke Mutualiteit, Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen en Onafhankelijk Ziekenfonds. Dit werd telkens naar de verantwoordelijke van de desbetreffende mutualiteit verstuurd waarna deze de vragenlijsten verder intern onder zijn/haar werknemers verspreidde.

## 2.5. Procedure kwalitatieve gegevensverzameling

### 2.5.1. Focusgroep

Een focusgroep maakt het mogelijk de getoetste onderwerpen en zorgdoelstellingen verder te bespreken en meer diepgang te brengen in de resultaten. Zo kon worden ingegaan op ervaringen en gedachten die bij de verschillende zorgverleners aanwezig waren. Met behulp van een focusgroep kunnen op eenvoudige wijze individuele perspectieven worden nagegaan. Daarnaast stimuleert het ook discussie rond controversie of afwijkende onderwerpen (CBO, 2004; Vigez, 2016).

#### 2.5.1.1. Deelname aan de focusgroep

De vragenlijst die de participanten invulden in de eerste onderzoeksfase werd beëindigd met de vraag rond bereidheid voor deelname aan een focusgroep. Participanten konden zich vrijblijvend inschrijven en dienden hun naam en e-mailadres te noteren. In totaal schreven negen deelnemers van de vragenlijst zich vrijwillig in voor de focusgroep. De onderzoeker verstuurde vervolgens een e-mail naar de vrijwillige deelnemers met daarin een link naar een doodle met mogelijke data voor het plaatsvinden van de focusgroep. Via purposive sampling werden door de begeleiders van het onderzoek nog twee extra deelnemers gevonden.

#### 2.5.1.2. Organisatie van de focusgroep

Er werd gekozen voor de datum waarop de meeste vrijwilligers zich konden vrijmaken en er een evenwicht was tussen de aanwezigheid van de verschillende beroepsgroepen. Er namen uiteindelijk drie thuisverpleegkundigen, twee verpleegkundigen binnen UZ Leuven, en één maatschappelijk werker buiten UZ Leuven deel aan deze focusgroep. Deze focusgroep werd geleid door de twee begeleiders van het onderzoek, die ook werkzaam zijn als verpleegkundigen binnen UZ Leuven.

## 2.6. Variabelen en meetinstrumenten

### Deel 1: semi-kwantitatieve vragenlijst

Deze vragenlijst werd opgesteld op basis van literatuur, maar ook op basis van informatie en ervaringen uit een transmuraal zorgtraject hersentumoren van UZ Leuven en het Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant, mogelijk gemaakt dankzij de steun van Kom op tegen Kanker (2014-2016).

De vragenlijst begint met een introductie. Hier krijgt de deelnemer informatie over de huidige transmurale zorg en wordt het doel van deze studie uitgelegd. Vervolgens wordt de leeftijd, geslacht, functie binnen de oncologische zorgverlening, aantal jaren ervaring in zorg voor oncologische patiënten, enzovoort van de participanten bevraagd in 'Deel 1/5: Demografische gegevens'.

In het tweede deel van deze vragenlijst worden verscheidene topics bevraagd aan de hand van de zorgdoelstellingen waar de oncologische patiënt zich doorheen het ziekteproces in kan bevinden en waar zij betrekking toe hebben. Deze worden opgedeeld in 'zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase (deel 2)', zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase (deel 3)', 'zorgdoelstellingen tijdens de nazorg (deel 4)' en tot slot enkele algemene zorgdoelstellingen (deel 5). De zorgdoelstellingen werden in overleg tussen de onderzoeker

en de werkbegeleiders geselecteerd omdat deze betrekking hebben tot medische, sociale en emotionele aspecten van de oncologische patiënt in functie van transmurale zorg.

Aan de gesloten vragen in elke fase van zorg voor de oncologische patiënt werd een weging gegeven met een 5-punt Likertschaal (1 = zeker niet, 2 = eerder niet, 3 = geen mening, 4 = eerder wel, 5 = zeker wel). Hoe hoger het cijfer hoe positiever de zorgverleners de meerwaarde of haalbaarheid inschatten van een bepaalde zorgdoelstelling. Het maximum dat kan behaald worden is vijf, het minimum één. Wanneer een gemiddelde score hoger dan drie wordt ingeschat, wordt deze als 'positief' gezien. Met positief wordt bedoeld dat de zorgverlener een meerwaarde ziet in transmurale samenwerking en/of deze haalbaar acht.

Na iedere fase (deel 2,3,4,5/5) werden ook telkens twee open vragen gesteld die peilden naar factoren die de transmurale samenwerking voor de respondenten bevorderen alsook factoren die transmurale samenwerking belemmeren. Na het opstellen van de vragenlijst werd deze voorgelegd aan zorgverleners betrokken in de stuurgroep van het transmurale zorgproject voor patiënten met een glioma en hun mantelzorgers (2014-2016) om de interne validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst te verzekeren.

De volledige vragenlijst voor ziekenhuiszorgverleners is terug te vinden in '**Bijlage 1: vragenlijst ziekenhuiszorgverleners 2016-2017**' en voor eerstelijns zorgverleners in '**Bijlage 2: vragenlijst eerstelijns zorgverleners 2016-2017**'.

## Deel 2: focusgroep

Ter voorbereiding van de focusgroep werd een topiclijst opgesteld aan de hand van de resultaten welke verkregen werden via de vragenlijsten. Op basis van overleg over de resultaten tussen de onderzoeker en de werkbegeleiders werden de thema's en onderzoeksvragen voor de focusgroep bepaald;

1. Vragen met betrekking tot het groter gepercipieerde draagvlak van transmurale zorg in de eerstelijns dan in het ziekenhuis.
2. Vragen met betrekking tot de grotere gepercipieerde meerwaarde van transmurale zorg dan de haalbaarheid ervan.
3. Exploreren van werkpunten, uitdagingen en een manier van optimalisatie van transmurale zorg in de toekomst.

Na finalisatie van de topiclijst werd een focusgroep georganiseerd. De topiclijst van de focusgroep is terug te vinden in '**Bijlage 3: Topiclijst**'.

## 2.7. Data-analyse

### 2.7.1. Analyse kwantitatieve resultaten

De antwoorden verkregen uit de kwantitatieve vragenlijst werden gecodeerd om anonimiteit te garanderen. Dit had ook als doel om te kunnen inspelen op eventuele problemen die zich zouden kunnen stellen bij een bepaalde groep van respondenten.

Data betreffende demografische gegevens van de deelnemers van de vragenlijst werden descriptief verwerkt en verzameld in één tabel.

Er werd gebruik gemaakt van de Cronbach's alpha om na te gaan of de interne consistentie voldoende hoog is om de zorgdoelstellingen van elke fase in de oncologische zorg (2/5,3/5,4/5,5/5) samen te kunnen nemen. De interne consistentie geeft de betrouwbaarheid aan van een schaal die uit verschillende items bestaat. Deze wordt geanalyseerd met behulp van de betrouwbaarheidscoëfficiënt Cronbach's alpha ( $\alpha$ ). Een waarde waarbij Cronbach's alpha:  $\alpha \geq 0,9$  wordt beschouwd als 'excellent',  $0,9 > \alpha \geq 0,8$  als 'goed',  $0,8 > \alpha \geq 0,7$  als 'acceptabel',  $0,7 > \alpha \geq 0,6$  als twijfelachtig,  $0,6 > \alpha \geq 0,5$  als 'slecht' en  $0,5 > \alpha$  als 'onacceptabel'. De Cronbach's alpha wordt echter beïnvloed door het aantal vragen per item in een test. Zo kan een groter aantal vragen resulteren in een grotere  $\alpha$  en weinig vragen in een lage  $\alpha$  (Tavakol M. & Dennick R. 2011).

Continue variabelen werden beschreven aan de hand van gemiddelden met standaarddeviatie. Discontinue variabelen worden gerapporteerd als aantal en frequentie. Om aan te geven of er verschillen waren tussen groepen werd gekozen voor de Mann-Whitney U test gezien er in sommige groepen minder dan twintig observaties zijn. Voor de analyse van de individuele zorgdoelstellingen per fase werd gebruik gemaakt van een ongepaarde t-test.

Verschillen in ziekenhuis (arts, verpleegkundige en sociaal werker binnen UZ Leuven) en eerstelijns (huisarts, thuisverpleegkundige en sociaal werker buiten UZ Leuven) onderling werden aangetoond met behulp van de Kruskal-Wallis Test. Er werd gebruik gemaakt van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL) voor de analyse van de data.

### 2.7.2. Analyse kwalitatieve resultaten

De resultaten van de focusgroep werden door de onderzoeker verbatim uitgeschreven. Vervolgens werden de data verder geanalyseerd door middel van onderzoeker triangulatie. Deze onderzoeksstrategie wordt gebruikt om de validiteit te testen door convergentie van informatie uit verschillende bronnen (Carter N, et al. 2014).

Via de methode van codering konden bovendien elementen tussen de verschillende zorgverleners in de transmurale zorg gevonden worden. Er werd hierbij niet enkel naar de transmurale zorg in het algemeen gekeken, maar ook hoe de individuele beroepsgroepen de meerwaarde en haalbaarheid beoordeelden.

## 2.8. Ethische aspecten

De deelname aan het onderzoek gebeurde steeds vrijwillig en anoniem. De deelnemers werden hier eerst over ingelicht via een begeleidende e-mail of via een informatiebrief. Nadien diende een informed consent (voorpagina '**Bijlage 1: vragenlijst ziekenhuiszorgverleners 2016-2017**' en voor eerstelijns zorgverleners in '**Bijlage 2: vragenlijst eerstelijns zorgverleners 2016-2017**'.) gelezen te worden. Wie vervolgens de vragenlijst invulde, verklaarde het doel van het onderzoek te begrijpen en bevestigde vrijwillige deelname. Wanneer een zorgverlener niet wenste deel te nemen aan het onderzoek, kon deze weigeren om de vragenlijst in te vullen. Gegevens van de deelnemers werden gecodeerd zodat enkel de onderzoeker een overzicht kon behouden over het aantal participanten per beroepsgroep. Enkel de beroepsgroep van de participanten werd bevraagd om te kunnen nagaan waar en wanneer er verschillen en/of gelijkenissen zijn tussen de verschillende beroepsgroepen en om eventuele tendensen te kunnen waarnemen.

Dit onderzoek kreeg na evaluatie van het masterproefvoorstel en de ethische aspecten toestemming van de Opleiding Specifieke Begeleidingscommissie master Verpleegkunde en Vroedkunde en van de projectplaats UZ Leuven (zie '**Bijlage 4: Toestemming projectplaats UZ Leuven**').

### 3. Resultaten

#### 3.1. Kwantitatieve resultaten

##### 3.1.1. Demografische gegevens deelnemers vragenlijst

In totaal werden 70 vragenlijsten volledig ingevuld door zorgverleners uit het ziekenhuis en de eerstelijns. Van de respondenten waren 81,43% (n=57) vrouwen en 18,57% (n=13) mannen, met een gemiddelde leeftijd van 38,41 jaar en gemiddeld 15,7 jaar werkervaring. Een gedetailleerd overzicht van deze demografische gegevens wordt weergegeven in 'Tabel 2: Demografische gegevens survey transmurale zorg'. Deze tabel geeft ook de antwoorden procentueel weer per beroepsgroep op drie vragen die peilen naar oncologisch patiënten contact en transmuraal interdisciplinair contact. Het is niet mogelijk om de responsrate na te gaan van elke groep omdat het onduidelijk is hoeveel personen er zijn bereikt via de websurvey.

##### Artsen:

Er namen vier (5,71%) stafleden en vijf (7,14%) arts-assistenten binnen UZ Leuven deel aan het onderzoek. Met negen (12,85%) ziekenhuisartsen in totaal, is deze beroepsgroep het minst vertegenwoordigd. Deze groep ziekenhuisartsen bestaat uit acht (88,89%) mannen en één (11,11%) vrouw. Stafleden uit het ziekenhuis hadden een gemiddelde leeftijd van 36,3 jaar met gemiddeld 15 jaar ervaring. De gemiddelde leeftijd van arts-assistenten bedraagt 28,8 jaar met gemiddeld 4,4 jaar ervaring.

Artsen gaven aan minstens wekelijks contact te hebben met oncologische patiënten. Arts-assistenten zijn minder vertegenwoordigd bij transmuraal interdisciplinair contact of overleg. Zo geeft 60% aan dat zij 'af en toe/eens per maand' een transmuraal interdisciplinair contact hebben. Transmurale contacten in de patiëntenzorg bij artsen doet zich voornamelijk voor op eigen initiatief (55,55%).

##### Huisartsen:

Twaalf huisartsen (17,14%) namen deel. Hiervan zijn elf (15,71%) huisartsen actief tewerkgesteld in een groepspraktijk en één (1,43%) huisarts werkt vanuit een solopraktijk. De gemiddelde leeftijd van huisartsen bedraagt 40,2 jaar met gemiddeld 14,4 jaar ervaring. Van de deelnemende huisartsen zijn 83,33% (n= 10) vrouwen.

Zeven (58,33%) huisartsen hebben minstens 1x/week contact met oncologische patiënten en vijf (41,67%) huisartsen hebben maandelijks contact. In vergelijking met artsen ligt het transmuraal interdisciplinair contact of overleg in hun dagelijkse praktijk lager. Zo hebben vijf (41,67%) huisartsen eens per maand transmuraal interdisciplinair contact of overleg en zeven (58,33%) huisartsen slechts eens per jaar. Transmurale contacten doen zich hoofdzakelijk voor op eigen initiatief van de huisarts (75%).

##### Verpleegkundigen:

Er werden 55 papieren vragenlijsten uitgedeeld op drie verpleegafdelingen binnen UZ Leuven. Hiervan werden 18 vragenlijsten ingevuld. Zo bedraagt de respons rate van de papieren vragenlijsten 32,72%. Via de websurvey vulden nog eens vijf (7,14%) verpleegkundigen binnen UZ Leuven de vragenlijst in. Ook vulde één (1,43%) verpleegkundige buiten UZ Leuven de websurvey in. Met in totaal 24 (34,29%) ziekenhuisverpleegkundigen die deel namen aan het onderzoek, is deze beroepsgroep het sterkst vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen bedraagt 36,4 jaar met gemiddeld 16 jaar ervaring. 87,5% (n= 21) zijn vrouwelijke verpleegkundigen in deze beroepsgroep.

Verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek hebben het meest frequent contact met de oncologische patiënt. Zo geeft 83,33% (n=20) aan dat dit contact dagelijks is. In de verpleegkundige patiëntenzorg heeft 58,33% (n=14) frequent transmuraal interdisciplinair overleg, 25% (n=6) af en toe en 16,67% (n=4) heeft slechts eens per jaar interdisciplinair

contact of overleg. Transmurale contacten van ziekenhuisverpleegkundigen doen zich hoofdzakelijk voor op initiatief van zorgverleners uit de eerstelijns (62,5%).

### Thuisverpleegkundigen

Er werden 60 thuisverpleegkundigen binnen een zelfstandige organisatie gemaïld door de onderzoeker met de vraag tot deelname aan het onderzoek. Hier namen er uiteindelijk zeven (10,00%) van deel. De respons rate voor thuisverpleegkundigen binnen een zelfstandige organisatie bedraagt 11,67%. Via het Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant vulden drie (4,29%) thuisverpleegkundigen via een georganiseerde dienst voor thuisverpleging de websurvey in. Zo namen in totaal 10 (14,29%) thuisverpleegkundigen deel aan dit onderzoek. De gemiddelde leeftijd van thuisverpleegkundigen bedraagt 48,5 jaar met gemiddeld 23,7 jaar werkervaring. Ook bij thuisverpleegkundigen zijn vrouwen met 80% het sterkst vertegenwoordigd ten opzichte van 20% mannelijke thuisverpleegkundigen.

Zeven (70%) van de deelnemende thuisverpleegkundigen hebben minstens elke week contact met oncologische patiënten. Transmuraal interdisciplinair contact of overleg komt bij 50% (n=5) thuisverpleegkundigen slechts eens per jaar voor in hun patiëntenzorg en voor 40% (n=4) slechts eens per maand. Indien transmuraal contacten zich voordoen, rapporteert deze groep dat dit hoofdzakelijk op eigen initiatief van de thuisverpleegkundige gebeurt (60%).

### Sociaal werkers:

Er namen 15 (21,43%) sociaal werkers deel aan het onderzoek waarvan negen (12,86%) sociaal werkers werkzaam zijn binnen UZ Leuven en zes (8,57%) sociaal werkers buiten UZ Leuven. De gemiddelde leeftijd van deze beroepsgroep bedraagt 37,3 jaar met gemiddeld 14,9 jaar werkervaring. Slechts één (6,67%) mannelijke sociaal werker nam deel.

83,33% sociaal werkers buiten UZ Leuven hebben dagelijks contact met oncologische patiënten, terwijl 66,67% sociaal werkers binnen UZ Leuven aangeven dat dit bij hen wekelijks is. Ook is er een verschil in transmuraal interdisciplinair overleg tussen sociaal werkers werkzaam binnen of buiten UZ Leuven. 77,78% (n= 7 van de sociaal werkers heeft binnen UZ Leuven eens per maand transmuraal overleg, terwijl dit bij sociaal werkers buiten UZ Leuven in grote meerderheid (83,33%) dagelijks is. Transmurale contacten bij sociaal werkers binnen UZ Leuven vinden voornamelijk plaats op initiatief van de patiënt (55,56%). Bij sociaal werkers buiten UZ Leuven vinden deze grotendeels plaats op eigen initiatief (66,67%).

### 3.1.2. Interne consistentie

Er wordt gestart met de controle van de interne consistentie van de zorgdoelstellingen (zie: **Tabel 1: Interne consistentie zorgdoelstellingen/fase**). Enkel in '2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische' wordt een slechte interne consistentie vastgesteld. In de andere zorgfasen ('3/5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase', '4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg' en '5/5: Algemene zorgdoelstellingen') wordt een hoge betrouwbaarheidscoëfficiënt gezien, wat wijst op een goede interne consistentie.

**Tabel 1:** *Interne consistentie zorgdoelstellingen/fase*

Zorgdoelstellingen/fase	Transmurale zorg:	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )
<b>2/5: Diagnostische fase</b>	Meerwaarde	$\alpha = 0,540$
	Haalbaarheid	$\alpha = 0,648$
<b>3/5: Behandelingsfase</b>	Meerwaarde	$\alpha = 0,952$
	Haalbaarheid	$\alpha = 0,941$
<b>4/5: Nazorg</b>	Meerwaarde	$\alpha = 0,871$
	Haalbaarheid	$\alpha = 0,854$
<b>5/5: Algemene zorgdoelstellingen</b>	Meerwaarde	$\alpha = 0,904$
	Haalbaarheid	$\alpha = 0,877$

### 3.1.3. Ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid van transmurale zorg tussen ziekenhuis en eerstelijns

Algemeen wordt gesteld dat de meerwaarde van transmurale zorg binnen de oncologie hoger wordt ingeschat door de zorgverleners uit de eerstelijns dan uit het ziekenhuis. De haalbaarheid van transmurale zorg wordt over het algemeen lager ingeschat dan de meerwaarde van transmurale zorg (zie 'Tabel 3: Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid door cluster van zorgverleners uit ziekenhuis en eerstelijns').

#### 2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase

De meerwaarde van transmurale samenwerking rond zorgdoelstellingen in de oncologie wordt tijdens de diagnostische fase hoog ingeschat maar dit is niet significant verschillend ( $p = 0,551$ ) tussen zorgverleners in het ziekenhuis ( $\bar{x} = 4,286$ ;  $SD = 0,842$ ) en in de eerstelijns ( $\bar{x} = 4,429$ ;  $SD = 0,690$ ) (Zie: tabel 3). Wanneer gekeken wordt naar de items die in de diagnostische fase thuishoren wordt de grootste meerwaarde door de eerstelijns ( $\bar{x} = 4,5$ ;  $SD = 0,745$ ) en het ziekenhuis ( $\bar{x} = 4,52$ ;  $SD = 0,862$ ) gepercipieerd in het emotioneel ondersteunen van de patiënt na een slechtnieuwsmededeling (Zie: tabel 5).

De haalbaarheid van transmurale samenwerking wordt significant lager ingeschat door zorgverleners in het ziekenhuis ( $\bar{x} = 3,405$ ;  $SD = 0,958$ ) dan in de eerstelijns ( $\bar{x} = 3,964$ ;  $SD = 0,745$ ) tijdens de diagnostische fase ( $p = 0,012$ ) (Zie: tabel 3). Verder zien we dat de zorgdoelstelling 'De patiënt informeren rond diagnose en MOC-resultaten' significant lager ( $p = 0,001$ ) wordt ingeschat door ziekenhuiszorgverleners ( $\bar{x} = 3,12$ ;  $SD = 1,214$ ) dan eerstelijnszorgverleners ( $\bar{x} = 3,79$ ;  $SD = 0,876$ ) (Zie tabel 5).

#### 3/5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase

De haalbaarheid van transmurale samenwerking rond oncologische zorgdoelstellingen wordt in de behandelingsfase significant ( $p = 0,001$ ) hoger ingeschat door zorgverleners in de eerstelijns ( $\bar{x} = 4,115$ ;  $SD = 0,589$ ) dan zorgverleners in het ziekenhuis ( $\bar{x} = 3,370$ ;  $SD = 1,038$ ). (tabel 3). Hieruit concluderen we dat eerstelijnszorgverleners de haalbaarheid hoger inschatten in zorgdoelstellingen als 'Informeren over de behandeling' ( $p = 0,001$ ) en 'Detecteren van nevenwerkingen en melden van alarmsignalen' ( $p = 0,000$ ) (Zie: tabel 5).



#### 4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg

De haalbaarheid van transmurale samenwerking tijdens de nazorg wordt significant lager ( $p = 0,019$ ) ingeschat door zorgverleners in het ziekenhuis ( $\bar{x} = 3,533$ ;  $SD = 0,957$ ) dan zorgverleners in de eerstelijns ( $\bar{x} = 4,043$ ;  $SD = 0,749$ ) (Zie: tabel 3). Zo schatten ziekenhuiszorgverleners onder andere de haalbaarheid lager in tot het uitvoeren van zorgdoelstellingen als 'Detecteren/bespreken van late gevolgen van de behandeling' ( $p = 0,009$ ) en 'Begeleiden van de patiënt bij de maatschappelijke re-integratie' ( $p = 0,000$ ). De haalbaarheid wordt niet verschillend ingeschat voor 'Het organiseren van palliatieve zorg' ( $p = 0,38$ ) (Zie: tabel 5).

#### 5/5: Algemene zorgdoelstellingen

Algemeen wordt zowel de meerwaarde ( $p = 0,622$ ) als haalbaarheid ( $p = 0,064$ ) van transmurale samenwerking rond zorgdoelstellingen in de oncologie niet verschillend ingeschat tussen zorgverleners in het ziekenhuis en de eerstelijns tijdens de behandelingsfase. Wel worden significante verschillen waargenomen voor de haalbaarheid wanneer de zorgdoelstellingen individueel vergeleken worden met elkaar. Zo schat de eerstelijns de haalbaarheid steeds significant hoger in dan het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld voor 'Het emotioneel ondersteunen van de patiënt' ( $p = 0,010$ ) (Zie: tabel 5). De meerwaarde wordt voor de individuele zorgdoelstellingen niet significant verschillend ingeschat door eerstelijns en ziekenhuis (Zie: tabel 5).

#### 3.1.4. Verschillen tussen groepen ziekenhuiszorgverleners in de gepercipieerde meerwaarde en haalbaarheid van zorgdoelstellingen

We zien dat de meerwaarde van transmurale samenwerking voor zorgdoelstellingen in de behandelingsfase significant verschillend wordt ingeschat door ziekenhuiszorgverleners. Ook de haalbaarheid van transmurale samenwerking wordt tijdens de behandelingsfase en voor algemene zorgdoelstellingen significant anders ingeschat door ziekenhuiszorgverleners. Tijdens de behandelingsfase wordt de haalbaarheid van transmurale samenwerking laag ingeschat door sociaal werkers binnen UZ Leuven (zie **Tabel 4: Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid onderling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns**).

#### 2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase

Zowel de meerwaarde als de haalbaarheid van de transmurale samenwerking in de diagnostische fase, zoals bijvoorbeeld de patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmededeling, worden niet verschillend ingeschat door zorgverleners in het ziekenhuis onderling. De meerwaarde wordt wel het hoogst ingeschat door verpleegkundigen ( $\bar{x} = 4,417$ ;  $SD = 0,584$ ). De gepercipieerde meerwaarde van ziekenhuiszorgverleners wordt het hoogst ingeschat door de zorgdoelstelling 'De patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmededeling' ( $\bar{x} = 4,52$ ;  $SD = 0,862$ ) (Zie: tabel 5).

De haalbaarheid van transmurale samenwerking wordt met gemiddeld 3,778 ( $SD = 1,176$ ) het hoogst ingeschat door ziekenhuisartsen, maar dit is niet significant verschillend. De haalbaarheid wordt het hoogst ingeschat voor volgende zorgdoelstelling: 'De patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmededeling' ( $\bar{x} = 3,69$ ;  $SD = 1,024$ ) (Zie: tabel 5).

#### 3/5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase

De meerwaarde van transmurale samenwerking wordt significant hoger ingeschat door verpleegkundigen ( $p = 0,031$ ) dan andere ziekenhuiszorgverleners. Artsen ( $\bar{x} = 3,852$ ;  $SD = 1,271$ ) schatten de meerwaarde gemiddeld nog steeds hoger in dan sociaal werkers binnen UZ Leuven ( $\bar{x} = 3,222$ ;  $SD = 1,291$ ). De meerwaarde van transmurale samenwerking bij de behandelingsfase wordt het hoogst ingeschat voor de zorgdoelstelling 'In geval van orale antikankertherapie: ondersteuning bieden bij de problemen met therapietrouw' ( $\bar{x} = 4,36$ ;  $SD = 0,932$ ) (Zie: tabel 5).

Ook de haalbaarheid wordt significant ( $p = 0,002$ ) verschillend ingeschat tussen zorgverleners in het ziekenhuis. De haalbaarheid gedurende de behandelingsfase wordt het hoogst ingeschat door verpleegkundigen ( $\bar{x} = 3,694$ ;  $SD = 0,698$ ) en artsen ( $\bar{x} = 3,654$ ;  $SD = 1,245$ ). Sociaal werkers schatten de haalbaarheid van transmurale zorg tijdens de behandelingsfase laag in met gemiddeld 2,222 ( $SD = 0,824$ ).

De haalbaarheid voor de zorgdoelstelling 'In geval van orale antikankertherapie: ondersteuning bieden bij de problemen met therapietrouw' ( $\bar{x} = 3,69$ ;  $SD = 1,024$ ) wordt gemiddeld het hoogst ingeschat in de transmurale samenwerking tijdens de behandelingsfase door ziekenhuiszorgverleners. De meerwaarde ( $\bar{x} = 3,36$ ;  $SD = 1,246$ ) en haalbaarheid ( $\bar{x} = 2,76$ ;  $SD = 1,226$ ) worden door ziekenhuiszorgverleners het laagst ingeschat voor 'Hulp bieden bij beslissingen rond behandelingsmethoden' (Zie: tabel 5).

#### 4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg

De meerwaarde ( $p = 0,329$ ) en haalbaarheid ( $p = 0,744$ ) van transmurale zorg wordt niet significant verschillend ingeschat door ziekenhuiszorgverleners. Ook voor zorgdoelstellingen tijdens de nazorg, bijvoorbeeld het organiseren van palliatieve zorg, wordt de meerwaarde van transmurale samenwerking gemiddeld hoger ingeschat dan de haalbaarheid. Dit wordt het duidelijkst weergegeven bij verpleegkundigen. Zij schatten de meerwaarde van transmurale samenwerking in de nazorg gemiddeld één punt hoger ( $\bar{x} = 4,450$ ;  $SD = 0,633$ ) dan de haalbaarheid ervan ( $\bar{x} = 3,450$ ;  $SD = 0,887$ ).

De meerwaarde ( $\bar{x} = 4,52$ ;  $SD = 0,862$ ) en haalbaarheid ( $\bar{x} = 4,17$ ;  $SD = 0,881$ ) van transmurale zorg tijdens de nazorg wordt voor de zorgdoelstelling 'Organiseren van palliatieve zorg' gemiddeld het hoogst ingeschat door ziekenhuiszorgverleners. Ziekenhuiszorgverleners zien de laagste meerwaarde in het 'Detecteren/bespreken van late gevolgen van de behandeling' ( $\bar{x} = 4,07$ ;  $SD = 1,037$ ) (Zie: tabel 5).

#### 5/5: Algemene zorgdoelstellingen

De haalbaarheid van transmurale samenwerking voor algemene zorgdoelstellingen, zoals het coördineren van professionele zorg, wordt significant verschillend ingeschat tussen zorgverleners in het ziekenhuis. De haalbaarheid wordt door sociaalwerkers binnen UZ Leuven gemiddeld het hoogst ingeschat ( $\bar{x} = 4,333$ ;  $SD = 0,693$ ). Dit is duidelijk hoger dan de ingeschatte haalbaarheid door verpleegkundigen ( $\bar{x} = 3,275$ ;  $SD = 0,979$ ).

De meerwaarde van een transmurale samenwerking voor algemene zorgdoelstellingen wordt gemiddeld het hoogst ingeschat voor 'Ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen' ( $\bar{x} = 4,43$ ;  $SD = 0,887$ ). De haalbaarheid wordt gemiddeld door ziekenhuiszorgverleners het hoogst ingeschat voor 'Het emotioneel ondersteunen van de patiënt' ( $\bar{x} = 3,74$ ;  $SD = 1,251$ ). Anderzijds wordt de laagste haalbaarheid door ziekenhuiszorgverleners gezien in het 'Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de IADL van de patiënt buiten het ziekenhuis' ( $\bar{x} = 3,45$ ;  $SD = 1,533$ ) (Zie: tabel 5).

#### 3.1.5. Verschillen tussen groepen eerstelijnszorgverleners in de gepercipieerde meerwaarde en haalbaarheid van zorgdoelstellingen

Ten slotte wordt gekeken hoe de eerstelijns (huisartsen, thuisverpleegkundigen en sociaal werkers buiten UZ Leuven) de haalbaarheid en meerwaarde van transmurale samenwerking onderling inschatten.

De meerwaarde en haalbaarheid van transmurale samenwerking in de oncologie wordt in de eerstelijns gemiddeld zeer hoog ingeschat. Ook zien we in de eerstelijns een constante in de hoger ingeschatte meerwaarde dan de haalbaarheid van de samenwerking (zie 'Tabel 4: Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid onderling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns').

## 2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase

Thuisverpleegkundigen ( $\bar{x} = 4,600$ ;  $SD = 0,459$ ) en huisartsen ( $\bar{x} = 4,583$ ;  $SD = 0,417$ ) vinden een transmurale samenwerking in de diagnostische fase zeker wel een meerwaarde. De haalbaarheid wordt vooral bij thuisverpleegkundigen duidelijk lager ingeschat ten opzichte van de meerwaarde ( $\bar{x} = 3,850$ ;  $SD = 0,944$ ).

De hoogste meerwaarde voor een transmurale samenwerking tijdens de diagnostische fase wordt door de eerstelijns gemiddeld het hoogst ingeschat voor het 'emotioneel ondersteunen van de patiënt na slechtnieuwsmededeling' ( $\bar{x} = 4,5$ ;  $SD = 0,745$ ). Ook de haalbaarheid wordt door eerstelijnszorgverleners het hoogst ingeschat voor deze zorgdoelstelling ( $\bar{x} = 4,14$ ;  $SD = 0,891$ ) (Zie: tabel 5).

## 3/5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase

De meerwaarde van transmurale samenwerking in de oncologie wordt door alle zorgverleners in de eerstelijns zeer positief ingeschat. De ingeschatte meerwaarde is opnieuw het hoogst bij thuisverpleegkundigen ( $\bar{x} = 4,511$ ;  $SD = 0,406$ ), al is dit niet significant hoger dan de andere beroepsgroepen.

De hoogste meerwaarde wordt door de eerstelijns gezien bij 'Detecteren van nevenwerkingen en melden van alarmsignalen' ( $\bar{x} = 4,57$ ;  $SD = 0,573$ ). De haalbaarheid wordt gemiddeld het hoogst ingeschat 'In geval van orale antikankertherapie: ondersteuning bieden bij de problemen met therapietrouw' ( $\bar{x} = 4,43$ ;  $SD = 0,634$ ). De laagste meerwaarde wordt door eerstelijnszorgverleners ervaren in 'Hulp bieden bij beslissingen rond behandelingsmethoden' ( $\bar{x} = 3,93$ ;  $SD = 0,979$ ) (Zie: tabel 5).

## 4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg

De meerwaarde wordt tijdens de nazorg ook zeer hoog ingeschat door de eerstelijns. De laagste score vinden we bij huisartsen ( $SD = 0,533$ ) en thuisverpleegkundigen ( $SD = 0,353$ ) welke beiden gemiddeld 4,400 scoren.

De grootste meerwaarde ( $\bar{x} = 4,57$ ;  $SD = 0,573$ ) en de haalbaarheid ( $\bar{x} = 4,36$ ;  $SD = 0,870$ ) van transmurale samenwerking tijdens de nazorg wordt door eerstelijnszorgverleners gezien in het 'Organiseren van palliatieve zorg'. Over het algemeen wordt de meerwaarde voor zorgdoelstellingen tijdens de nazorg hoog ingeschat, zo is de laagste meerwaarde nog steeds  $\bar{x} = 4,29$  ( $SD = 0,713$ ) voor de zorgdoelstelling 'Begeleiden van de patiënt bij de maatschappelijke re-integratie'.

## 5/5: Algemene zorgdoelstellingen

De meerwaarde van transmurale samenwerking voor algemene zorgdoelstellingen zoals bijvoorbeeld het emotioneel ondersteunen van de patiënt en het ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen, wordt significant anders ingeschat in de eerstelijns. Sociaal werkers buiten UZ Leuven schatten dit duidelijk het hoogst in met gemiddeld 4,867 ( $SD = 0,207$ ).

De meerwaarde voor 'Het emotioneel ondersteunen van de patiënt' ( $\bar{x} = 4,54$ ;  $SD = 0,508$ ) en 'Het emotioneel ondersteunen van de naaste' ( $\bar{x} = 4,39$ ;  $SD = 0,737$ ) worden door de eerstelijnszorgverleners gemiddeld het hoogst ingeschat. De hoogste haalbaarheid zien eerstelijnszorgverleners gemiddeld in het 'Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de ADL van de patiënt thuis (thuisverpleging, maaltijden aan huis...)' ( $\bar{x} = 4,29$ ;  $SD = 0,810$ ).

De haalbaarheid voor het 'Ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen' ( $\bar{x} = 3,86$ ;  $SD = 0,932$ ) (Zie: tabel 5).

**Tabel 2: Demografische gegevens survey transmurale zorg**

A. Zorgverleners uit het ziekenhuis (voor eerstelijnszorgverleners) of de eerstelijns (voor ziekenhuiszorgverleners)

Demografische gegevens vragenlijst											
	Totaal: n= 70 (100%)	Arts: staflid n= 4 (5,71%)	Arts: assistent n= 5 (7,14%)	Huisarts: groepspraktijk n= 11 (15,71%)	Huisarts: solopraktijk n= 1 (1,43%)	Verpleegku ndige: binnen UZ Leuven n= 23 (32,86%)	Verpleegku ndige: buiten UZ Leuven n= 1 (1,43%)	Thuisvpk: binnen zelfstandige organisatie n= 7 (10,00%)	Thuisvpk: via georganisee rde dienst n= 3 (4,29%)	Sociaal werkers: binnen UZ Leuven n= 9 (12,86%)	Sociaal werkers: buiten UZ Leuven n= 6 (8,57%)
Leeftijd: gemiddelde (SD)	38,4 (14,3)	36,5 (9,7)	28,8 (1,6)	41,3 (13)	28 (0)	35,8 (17,07)	50 (0)	47 (12,5)	52 (5)	39 (12)	34,8 (11,2)
Jaren ervaring: gemiddelde (SD)	15,7 (13,37)	15 (5,1)	4,4 (1,62)	15,5 (13,65)	3 (0)	15,4 (14,58)	30 (0)	21 (13,71)	30 (4,97)	16,1 (12,52)	13 (11,46)
Geslacht: n (%)											
Man	13 (18,57%)	4 (100%)	1 (20%)	2 (18,18%)	0 (0%)	3 (13,04%)	0 (0%)	1 (14,29%)	1 (33,33%)	1 (11,11%)	0 (0%)
Vrouw	57 (81,43%)	0 (0%)	4 (80%)	9 (81,82%)	1 (100%)	20(86,96%)	1 (100%)	6 (85,71%)	2 (66,67%)	8 (88,89%)	6 (100%)
In mijn praktijk heb ik ... contact met de oncologische patiënt: n (%)											
Heel frequent/ elke dag	38 (54,29%)	4 (100%)	2 (40%)	2 (18,18%)	0 (0%)	19 (82,61%)	1 (100%)	1 (14,29%)	1 (33,33%)	3 (33,33%)	5 (83,33%)
Frequent/ elke week	23 (32,86%)	0 (0%)	3 (60%)	5 (45,45%)	0 (0%)	3 (13,04%)	0 (0%)	4 (57,14%)	1 (33,33%)	6 (66,67%)	1 (16,67%)
Af en toe/ eens per maand	8 (11,43%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (36,36%)	1 (100%)	1 (4,35%)	0 (0%)	2 (28,57%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Zelden/ eens per jaar	1 (1,43%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)

In mijn patiëntenzorg heb ik ... transmuraal interdisciplinair contact of overleg: n (%)											
Heel frequent/ elke dag	7 (10,00%)	1 (25%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (83,33%)
Frequent/ elke week	21 (30,00%)	2 (50%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (60,87%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,33%)	2 (22,22%)	1 (16,67%)
Af en toe/ eens per maand	26 (37,14%)	1 (25%)	3 (60%)	5 (45,45%)	0 (0%)	6 (26,09%)	0 (0%)	3 (42,86%)	1 (33,33%)	7 (77,78%)	0 (0%)
Zelden/ eens per jaar	16 (22,86%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (54,55%)	1 (100%)	3 (13,04%)	1 (100%)	4 (57,14%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)
In mijn patiëntenzorg doen transmurale contacten zich hoofdzakelijk voor ...:											
op initiatief van zorgverleners uit het ziekenhuis of de eerstelijns (A.)	27 (38,57%)	2 (50%)	1 (20%)	3 (27,27%)	0 (0%)	14(60,87%)	1 (100%)	2 (28,57%)	0 (0%)	2 (22,22%)	2 (33,33%)
Op mijn eigen initiatief	34 (48,57%)	2 (50%)	3 (60%)	8 (72,73%)	1 (100%)	8 (34,78%)	0 (0%)	4 (57,14%)	2 (66,67%)	2 (22,22%)	4 (66,67%)
Op vraag of initiatief van de patiënt	9 (12,86%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,35%)	0 (0%)	1 (14,29%)	1 (33,33%)	5 (55,56%)	0 (0%)

**Tabel 3:** Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid door cluster van zorgverleners uit ziekenhuis en eerstelijns.

Transmurale samenwerking		Ziekenhuiszorgverleners (n=42)	Eerstelijns zorgverleners (n=28)	P
<b>Diagnose</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,286 (0,842)	4,429 (0,690)	0,551
	Haalbaarheid	3,405 (0,958)	3,964 (0,745)	0,012*
<b>Behandeling</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,029 (0,995)	4,385 (0,561)	0,188
	Haalbaarheid	3,370 (1,038)	4,115 (0,589)	0,001*
<b>Nazorg</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,257 (0,855)	4,421 (0,437)	0,971
	Haalbaarheid	3,533 (0,957)	4,043 (0,749)	0,019*
<b>Algemene zorgdoelstellingen</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,348 (0,816)	4,329 (0,693)	0,622
	Haalbaarheid	3,562 (1,118)	4,064 (0,778)	0,064

\*p<.05

**Tabel 4:** Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid onderling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns.

Transmurale samenwerking		Ziekenhuis				Eerstelijns			
		Arts (n=9)	Verpleegkundige (n= 24)	Sociaal werker binnen UZ Leuven (n=9)	p	Huisarts (n= 12)	Thuisverpleegkundige (n= 10)	Sociaal werker buiten UZ Leuven (n= 6)	p
<b>Diagnose</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,000 (1,250)	4,417 (0,584)	4,222 (0,972)	0,785	4,583 (0,417)	4,600 (0,459)	3,833 (1,125)	0,254
	Haalbaarheid	3,778 (1,176)	3,313 (1,009)	3,278 (0,441)	0,159	4,208 (0,582)	3,850 (0,944)	3,667 (0,606)	0,259
<b>Behandeling</b> mean (SD)	Meerwaarde	3,852 (1,271)	4,398 (0,463)	3,222 (1,291)	0,031*	4,417 (0,481)	4,511 (0,406)	4,111 (0,878)	0,773
	Haalbaarheid	3,654 (1,245)	3,694 (0,698)	2,222 (0,824)	0,002*	4,278 (0,566)	4,044 (0,609)	3,907 (0,614)	0,408
<b>Nazorg</b> mean (SD)	Meerwaarde	3,844 (1,248)	4,450 (0,633)	4,156 (0,847)	0,329	4,400 (0,533)	4,400 (0,353)	4,500 (0,415)	0,881
	Haalbaarheid	3,644 (1,337)	3,450 (0,887)	3,644 (0,957)	0,744	4,183 (0,751)	4,040 (0,587)	3,767 (1,015)	0,540
<b>Algemene zorgdoelstellingen</b> mean (SD)	Meerwaarde	4,067 (1,338)	4,333 (0,634)	4,667 (0,510)	0,330	4,117 (0,896)	4,260 (0,422)	4,867 (0,207)	0,036*
	Haalbaarheid	3,556 (1,500)	3,275 (0,979)	4,333 (0,693)	0,036*	3,900 (0,820)	3,900 (0,773)	4,667 (0,393)	0,069

\*p<.05

**Tabel 5:** Gemiddeld ingeschatte meerwaarde en haalbaarheid per zorgdoelstelling door beroepsgroepen uit ziekenhuis en eerstelijns.

Transmurale samenwerking	Zorgdoelstellingen per fase	Meerwaarde			Haalbaarheid		
		Ziekenhuis	Eerstelijns	p-waarde	Ziekenhuis	Eerstelijns	p-waarde
<b>Diagnose</b> mean (SD)	De patiënt informeren rond diagnose en MOC-resultaten	4,05 (1,188)	4,36 (0,826)	0,304	3,12 (1,214)	3,79 (0,876)	0,001*
	De patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmededeling	4,52 (0,862)	4,5 (0,745)	0,827	3,69 (1,024)	4,14 (0,891)	0,591
<b>Behandeling</b> mean (SD)	Informeren over de behandeling	3,9 (1,122)	4,32 (0,863)	0,598	3,12 (1,253)	4 (0,943)	0,001*
	Hulp bieden bij beslissingen rond behandelingsmethoden	3,36 (1,246)	3,93 (0,979)	0,023*	2,76 (1,226)	3,86 (1,044)	0,059
	Detecteren van nevenwerkingen en melden van alarmsignalen	4,17 (1,146)	4,57 (0,573)	0,042*	3,52 (1,273)	4,25 (0,585)	0,000*
	Verstrekken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan van nevenwerkingen	4,19 (1,087)	4,46 (0,637)	0,19	3,64 (1,186)	4 (0,667)	0,002*
	Managen van nevenwerkingen bv. voorschrijven van medicatie ter verlichting van nevenwerkingen	3,95 (1,168)	4,25 (0,799)	0,259	3,38 (1,324)	3,82 (1,056)	0,019*
	Medicatie-overzicht bewaken en up-to-date houden	3,98 (1,239)	4,54 (0,744)	0,041*	3,43 (1,328)	4,18 (0,819)	0,000*
	In geval van orale antikankertherapie: begeleiden bij de integratie van orale antikankertherapie in het dagelijkse leven en het medicatie-overzicht	4,1 (1,144)	4,46 (0,637)	0,308	3,45 (1,292)	4,18 (0,819)	0,002*
	In geval van orale antikankertherapie: opvolgen van therapietrouw	4,26 (1,037)	4,39 (0,737)	0,25	3,33 (1,282)	4,32 (0,772)	0,001*
	In geval van orale antikankertherapie: ondersteuning bieden bij de problemen met therapietrouw	4,36 (0,932)	4,54 (0,744)	0,419	3,69 (1,024)	4,43 (0,634)	0,058
<b>Nazorg</b> mean (SD)	Detecteren/bespreken van late gevolgen van de behandeling	4,07 (1,091)	4,43 (0,504)	0,082	3,19 (1,234)	3,93 (0,979)	0,009*
	Verstrekken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan met deze klachten	4,17 (1,034)	4,43 (0,504)	0,115	3,33 (1,243)	3,96 (0,881)	0,001*
	Begeleiden van de patiënt bij de maatschappelijke re-integratie	4,21 (1,071)	4,29 (0,713)	0,142	3,31 (1,423)	3,89 (0,875)	0,000*



	Organiseren van palliatieve zorg	4,52 (0,862)	4,57 (0,573)	0,318	4,17 (0,881)	4,36 (0,870)	0,380
	Emotioneel ondersteunen van de familie na overlijden patiënt	4,31 (1,070)	4,39 (0,685)	0,069	3,67 (1,356)	4,07 (0,940)	0,009*
<b>Algemene zorgdoelstellingen</b> mean (SD)	Het emotioneel ondersteunen van de patiënt	4,36 (0,932)	4,54 (0,508)	0,074	3,74 (1,251)	4,21 (0,833)	0,010*
	Het emotioneel ondersteunen van de naaste	4,38 (,936)	4,39 (0,737)	0,442	3,6 (1,345)	3,93 (0,900)	0,001*
	Ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen	4,43 (0,887)	4,21 (0,917)	0,962	3,5 (1,348)	3,86 (0,932)	0,001*
	Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de ADL van de patiënt thuis (thuisverpleging, maaltijden aan huis...)	4,36 (0,983)	4,32 (0,863)	0,355	3,52 (1,486)	4,29 (0,810)	0,000*
	Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de IADL van de patiënt buiten het ziekenhuis (poets hulp, ondersteuning bij financiële administratie, vervoer...)	4,21 (1,048)	4,18 (0,945)	0,269	3,45 (1,533)	4,04 (1,071)	0,001*

\*p<.05



## 3.2. Kwalitatieve resultaten

### 3.2.1. Demografische gegevens focusgroep

In totaal namen zes personen deel aan de focusgroep, waaronder vijf (83,33%) vrouwen en één (16,67%) man. Deze verdeling in percentage van vrouwelijke en mannelijke deelnemers is gelijkaardig aan deze van de vragenlijst. De gemiddelde leeftijd bedraagt 36,8 jaar met gemiddeld 9,7 jaren ervaring.

De focusgroep bestond uit twee (33,33%) ziekenhuisverpleegkundigen, twee thuisverpleegkundigen binnen een zelfstandige organisatie en één thuisverpleegkundigen via een georganiseerde dienst voor thuisverpleging (50%) en één sociaal werker (16,67%). De verpleegkundigen en sociaal werker die deelnamen hebben beiden dagelijks contact met oncologische patiënten. De sociaal werker heeft ook dagelijks transmuraal contact terwijl de verpleegkundigen en thuisverpleegkundigen dit slechts 'af en toe' of 'zelden' hebben. Transmurale contacten doen zich bij de thuisverpleegkundigen en sociaal werker en één verpleegkundigen voor op eigen initiatief. Een gedetailleerd overzicht van deze demografische gegevens wordt weergegeven in 'Tabel 6: Demografische gegevens focusgroep transmurale zorg'.

### 3.2.2. Meerwaarde van transmurale zorg zoals ingeschat door ziekenhuiszorgverleners

Ziekenhuiszorgverleners uit deze focusgroep hebben duidelijk inzicht in de potentiële meerwaarde van transmurale zorg in de oncologie, doch zij focussen zich voornamelijk op de acute aspecten van de zorg (bijvoorbeeld acute oncologische wondzorg). Er wordt door de ziekenhuisverpleegkundigen aangegeven dat zij gevoel te hebben dat de acute fase van de patiënt zich in het ziekenhuis afspeelt, en wanneer de patiënt naar huis gaat, de zorg veel minder complex is dan oorspronkelijk.

*“Wij zijn met acute zaken bezig, en bij ons op oncologie komt iemand binnen, ik zeg maar iets hypothetisch, grote oncologische wonde, krijgt palliatieve bestralingen, curatief, acute zaken, dat is allemaal opgelapt, ze zijn goed genoeg om naar huis te gaan, en dan denken wij, daar zitten ook de professionals, maar ze kunnen naar huis het acute probleem is van de baan.” (Verpleegkundige)*

#### Transitie complexe patiënt

Ziekenhuisverpleegkundigen geven aan dat er reeds binnen het oncologisch werkveld een transmurale samenwerking bestaat voor complexe patiënten. Deze is in eerste plaats ontstaan omdat verpleegkundigen zelf de nood ervaren van een transmurale samenwerking zodat de transitie van een complexe patiënt goed verloopt naar de eerstelijns en de continuïteit van zorgverlening gewaarborgd blijft. Zo proberen ziekenhuisverpleegkundigen samen te zitten om de zorg te bespreken met de thuisverpleegkundige die deze gaat overnemen in de eerstelijns. Deze afspraak of 'briefing' vindt – aldus de ziekenhuisverpleegkundigen - plaats op voorwaarde dat de thuisverpleegkundige naar het ziekenhuis komt. Ziekenhuiszorgverleners zien steeds meer en meer het belang in om de zorg samen af te stellen met de eerstelijns in plaats van deze zonder communicatie of overleg volledig door te schuiven naar de eerstelijns.

*“Zeker en vast bij de problematische situaties waarbij we twijfelen 'is dit thuis haalbaar'? Daar moet extra ondersteuning komen dan 'alleen maar' die dingen komen geven en euhm onze sociale assistente organiseert dat dan meestal, en dan vraagt die thuisverpleegkundigen om naar het ziekenhuis te komen voor zo'n overleg en dikwijls dan met familie om te kijken van wat is hier haalbaar, en wat gaat dan op termijn de beste zorg zijn voor de patiënt, dus in de problematische situaties doen we dat al wel, gelukkig, om zorg af te stellen.” (Verpleegkundige)*

#### Informatieoverdracht naar de eerstelijns

Ziekenhuiszorgverleners voelen dat er een sterke meerwaarde bestaat in het verbeteren van informatie verlening naar de eerstelijns. De behandelende oncoloog stelt in de huidige zorg wel reeds standaard een brief op voor de huisarts met het behandelplan, medicatieplan..., maar de thuisverpleegkundige wordt hier 'vergeten'. Ziekenhuisverpleegkundigen die deelnamen aan de focusgroep gaven aan dat zij verwachten dat thuisverpleegkundigen informatie vragen aan de

patiënt, de brief voor de huisarts lezen, of de afdeling waar de patiënt was opgenomen, contacteren indien er onduidelijkheden zijn. Verpleegkundigen zijn ook sterk bezig met het inzetten op zelfzorg van de patiënt. De patiënt krijgt bijvoorbeeld een boekje mee naar huis waar hij of zij problemen en opmerkingen zelf in noteert en dient deze dan bij een volgende afspraak in het ziekenhuis mee te nemen. Verpleegkundigen in het ziekenhuis gaan er (te snel) van uit dat thuisverpleegkundigen dit boekje ook lezen om meer duidelijkheid te krijgen over de zorg die nodig is voor de patiënt of te weten welke vragen de patiënt heeft.

Verpleegkundigen binnen UZ Leuven raden hun patiënten ook aan dat indien men problemen zou hebben of er dringende vragen zijn, te bellen naar de huisarts. Indien deze niet bereikbaar zou zijn geven ze als tweede mogelijkheid aan dat men de afdeling kan contacteren.

*“Eigenlijk zeggen we ook, en dat is echt wel erg, maar als er een probleem is van uw huisarts dan te contacteren en als die niet te bereiken is, ons contacteren, maar thuisverpleegkundigen contacteren zit eigenlijk niet in ons, onze doelstelling.” (Verpleegkundige)*

Het gebrek aan het betrekken van de thuisverpleegkundigen in de standaard oncologische zorg, en de meerwaarde om dit wel te doen, wordt ook aangegeven door sociaal assistenten binnen het ziekenhuis. Wanneer zij (sociaal assistenten) meer informatie wensen over een patiënt, of informatie willen doorgeven over een patiënt, bellen zij in de dagelijkse realiteit enkel naar de huisarts.

*Ik zie hoe de patiënt is en hoe de thuissituatie is, dat is vooral mijn probleem. Ik kijk of het haalbaar is dat de patiënt naar huis zou kunnen gaan, maar ik bel nooit naar de thuisverpleegkundige om de thuissituatie te weten, ik bel alleen maar altijd naar de huisarts. Terwijl jullie (thuisverpleegkundigen) daar effectief thuiskomen. (Sociaal assistente)*

### Thuiszorg als ‘totaalzorg’

Zoals eerder aangegeven in de kwantitatieve resultaten van deze studie zijn ziekenhuisverpleegkundigen over het algemeen zeer positief over transmurale samenwerking met de eerstelijns. Toch geeft een ziekenhuisverpleegkundige in de focusgroep aan een minder uitdrukkelijke nood te ervaren aan een groter partnership in de oncologische zorg. Ziekenhuisverpleegkundigen beschouwen de verpleging in de thuiszorg ook eerder als een taakgerichte zorg met andere taken en handelingen dan diegene die zij uitvoeren in het ziekenhuis. Ziekenhuisverpleegkundigen die deelnamen aan de focusgroep geven aan dat dit gevoel wordt versterkt of ontstaan is door de organisatie van de thuiszorg zelf. Als de zorg van een patiënt, waar de ziekenhuisverpleegkundige verantwoordelijk voor was, wordt overgedragen naar de eerstelijns, moeten ziekenhuiszorgverleners technische verpleegkundige strekkingen (bv. hygiënische zorg, wondzorg ...) door bellen naar de thuisverpleegkundige organisaties. Deze worden dan genoteerd door mensen achter de telefoonpermanentie die niet over een medische opleiding beschikken, waardoor enkel routine taken en geen complexere informatie doorgegeven kan worden naar de thuisverpleegkundigen. Verpleegkundigen binnen het ziekenhuis geven aan dat de meerwaarde van thuisverpleging in de oncologische zorg zo niet tot zijn recht komt.

*“Mijn zus heeft een permanentie bij het Wit Gele Kruis gedaan en die is totaal niet in de zorg. Die noteert gewoon, die heeft ook absoluut geen idee welke vragen dat ze moet stellen en die hoort wel wat.” (Verpleegkundige)*

### 3.2.3. Meerwaarde van transmurale zorg zoals ingeschat door eerstelijnszorgverleners

Zorgverleners in de eerstelijns schatten de meerwaarde van transmurale samenwerking in de oncologie hoger in dan hun collega's in het ziekenhuis. Zij ervaren meer de noodzaak om transmuraal samen te werken met het ziekenhuis om hun functie in de eerstelijns te kunnen uitvoeren.

*Ge weet niet wat dat het verloop van 't ziekenhuis is, wat de prognose is, ge weet eigenlijk zo goed als niks. Alleen die interventie moet ge doen, maar ja het is niet uw taak als verpleegkundige alleen een interventie doen. (Thuisverpleegkundige)*

## Mogelijkheid tot totaalzorg

Verpleegkundigen in de eerstelijns uit de focusgroep geven aan dat ze streven naar een grotere en prominentere rol in de zorg van een oncologische patiënt. Er wordt gesproken over een volwaardige rol in de totaalzorg van de patiënt in de thuissituatie. De zorg die momenteel wordt geleverd door thuisverpleegkundigen, wordt ervaren als één van 'minder diepgaande aard'. Dit komt enerzijds door een tekort aan informatie en betrekking in de zorg van de oncologische patiënt maar anderzijds ook door een gebrek aan vertrouwen vanuit het ziekenhuis. Ziekenhuisverpleegkundigen bevestigen in de focusgroep dat er een gebrek aan vertrouwen in de thuisverpleging kan heersen. Zo erkennen ze het idee te hebben dat thuisverpleegkundigen de kennis en deskundigheid missen om volwaardig voor de oncologische patiënt te kunnen zorgen. Echter schuiven ze de schuld hiervan niet door naar de thuisverpleegkundigen, maar geven ze aan mee aan dit probleem te liggen.

*“Wij krijgen soms telefoontjes van thuisverpleegkundigen die uitleg vragen van: ‘hoe dient dat hier te gebeuren...’, en dat voedt wel het idee van ja, ze zijn niet volledig op de hoogte, maar jullie kunnen niet op de hoogte zijn als jullie niet ingelicht worden.” (Verpleegkundige)*

Thuisverpleegkundigen zouden meer taken kunnen opnemen in hun dagelijkse oncologische zorg die momenteel behoren tot het takenpakket van de huisarts. Thuisverpleegkundigen geven in de focusgroep aan dat het hen stoort enkel aanzien te worden als uitvoerende macht van 'minder complexe' uitvoerende taken zoals hygiënische zorg in plaats van volwaardig lid van de zorgverlening te zijn.

*“Ik denk dat er heel veel verwacht wordt naar de huisartsen toe, terwijl een deel door verpleegkundigen zou kunnen worden overgenomen, en dat die samenwerking veel beter zou kunnen gaan waardoor die huisarts dan op een andere manier zou kunnen samenwerken en dat zou hen wel ten goede komen.” (Thuisverpleegkundige)*

## Informatie overdracht

Thuisverpleegkundigen zien sterk de meerwaarde van een transmurale zorg waarbij zij meer betrokken worden en geïnformeerd worden. Het 'vergeten' van de thuisverpleegkundigen zorgt voor veel frustratie en demotivatie in hun werkveld. De thuisverpleegkundigen vertellen in de focusgroep dat ze steeds achter de feiten aan moeten lopen maar dat ze toch proberen zich zo goed als mogelijk zelf op de hoogte te houden. Dit doen ze bijvoorbeeld door de brief vanuit het ziekenhuis, welke gericht is aan de huisarts, te lezen, de afdeling waar de patiënt verbleef in het ziekenhuis te contacteren om meer informatie te krijgen, onderling bespreken van de patiënt...

*“Ik ken veel frustraties in mijn werk gewoon omdat ik geen informatie heb. Ik kan mijn patiënten ni genoeg begeleiden naar wat ik zou willen doordat er tekort is aan informatiedoorstroming. En dat demotiveert en dat is slecht voor de zorgverlening, zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt.” (Thuisverpleegkundige)*

*“Het gebrek aan informatie... we weten dikwijls ook zelfs niet wat er hier in het ziekenhuis aan de patiënten meegedeeld is qua diagnose.” (Thuisverpleegkundige)*

Thuisverpleegkundigen in de focusgroep zijn het er over eens dat een verpleegkundige ontslagbrief die aan hen gericht is met de noodzakelijke informatie een grote steun zou zijn in de zorg. Zo zijn ze sneller en beter op de hoogte van de diagnose, prognose, het behandelingsplan, maar voelen zij zich ook meer betrokken in de zorg. Dit wordt reeds door bepaalde ziekenhuizen gedaan, maar is nog niet standaard in UZ Leuven.

## Ondersteunende maatregelen

Ziekenhuisverpleegkundigen geven aan het gevoel te hebben dat thuisverpleegkundigen niet steeds over de nodige kennis beschikken om bepaalde handelingen uit te voeren, wat vervolgens zorgt voor een gebrek aan vertrouwen in thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen voelen zich soms onzeker om bepaalde handelingen uit te voeren. Dit komt omdat men in de eerstelijns met een brede waaier van behandelingen in contact komt, welke ze niet op regelmaat uitvoeren.

Ook het verschil in procedures en materiaal dat wordt gebruikt tussen ziekenhuizen onderling, waardoor de thuisverpleegkundigen er niet altijd met vertrouwd zijn, zorgt voor meer onzekerheid.

*“Het grote verschil met het ziekenhuis is, wij staan er altijd alleen voor, wij hebben onze procedures en protocollen en kunnen op voorhand wel YouTube filmpjes opzoeken maar dan staat ge er alleen voor en kunt ge niet rap een collega erbij roepen.” (Thuisverpleegkundige)*

### 3.2.4. Meerwaarde voor de zorgvrager

De zorgverleners rapporteren in de focusgroep ook over de grote meerwaarde die de transmurale zorg voor de patiënt zou hebben. Vaak hebben patiënten geen medische achtergrond waardoor zij met veel vragen blijven zitten. Thuisverpleegkundigen merken dat veel patiënten zich plichtsbewust proberen te houden aan de richtlijnen die zij uit het ziekenhuis hebben meegekregen. Het is echter mogelijk dat handelingen in de eerstelijns soms afwijken van richtlijnen in het ziekenhuis. Zo kan medicatie, wondzorg... op een ander tijdstip worden toegediend in de thuiszorg omdat dit niet anders mogelijk is. Thuisverpleegkundigen vertellen dat dit soms tot discussies kan leiden met de patiënt. Dit resulteert in een verminderd vertrouwen van de patiënt in de thuiszorg. Anderzijds wordt een deel van de patiënten ook steeds mondiger omdat deze meer wordt betrokken in de zorgverlening en er veel medische informatie terug te vinden is op het internet.

*“Ik had onlangs een discussie met een patiënt over het kleven van een exelon pleister, die beweerde bij hoog en laag dat dat moest geplakt worden voor het ontbijt, ik heb naar de huisarts moeten bellen om duidelijk te maken dat het gewoon belangrijk is dat dat wordt gekleefd rond hetzelfde tijdstip en dat dat 24 uur werkt. Maar dat kon ze niet aannemen omdat de dokter in het ziekenhuis had gezegd dat dat moet geplakt worden voor het ontbijt.” (Thuisverpleegkundige)*

### 3.2.5. Haalbaarheid van transmurale zorg

*‘Een ketting is net zo sterk als de zwakste schakel’*

De haalbaarheid van een goede transmurale samenwerking steunt op een gelijke inzet tussen zorgverleners in de eerstelijns en het ziekenhuis. Er moet een evenwicht zijn in de samenwerking om deze optimaal te laten werken. Eerstelijnszorgverleners geven in de focusgroep aan zich eerder in een afhankelijkheidspositie te voelen die de transmurale samenwerking negatief kan beïnvloeden. Thuisverpleegkundigen spreken over het gebrek aan wederzijdse communicatie en vertrouwen van ziekenhuiszorgverleners als grootste barrière in de mogelijkheid tot goede transmurale zorg.

*‘Communicatie is de sleutel tot succes’*

Zorgverleners in de eerstelijns geven –zoals eerder vermeld- het belang en voornamelijk gebrek aan van de huidige communicatie vanuit het ziekenhuis. Dit geeft de ziekenhuiszorgverleners in de focusgroep een besef van hun persoonlijke tekorten hierin, een soort ‘aha-ervaring’. Ze geven aan verrast te zijn over de grote nood hiervan die bestaat in de eerstelijns. Ook de sociaal werker binnen het ziekenhuis is verrast over de vele vragen waarmee thuisverpleegkundigen blijven zitten en welke frustraties deze tot gevolg hebben.

### Tijdsgebrek

Een grote factor in een transmurale samenwerking van ziekenhuiszorgverleners is ‘tijd’. Tijdsgebrek komt zeer vaak terug bij ziekenhuisverpleegkundigen wanneer ze antwoorden op de vraag wat hun beperking is om transmuraal samen te werken. Ziekenhuisverpleegkundigen geven aan dat het vaak onmogelijk is om tijdens de patiëntenzorg informatie te verlenen en samen te werken met thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen proberen dit tijdsgebrek enigszins op te vangen door zelf de verplaatsing te maken naar het ziekenhuis om de zorg van een patiënt te bespreken.

### 3.2.6. Facilitatoren voor een 'goede' transmurale samenwerking

Zorgverleners brengen in de focusgroep eigen ideeën naar voor die volgens hen een mogelijke oplossing bieden voor problemen in de huidige transmurale samenwerking.

Het gebrek aan eenduidige richtlijnen en handelingen kan verholpen worden door het oprichten van een 'forum' waar handelingen en procedures verzameld staan en up-to-date worden gehouden.

Een thuisverpleegkundige die werkzaam is binnen een kleine zelfstandige organisatie geeft het probleem aan dat er geen algemeen platform bestaat voor de uitwisseling van patiëntendossiers. Voor het Wit-Gele Kruis bestaat wel al dergelijk gedeeld patiëntendossier dat in contact staat met het ziekenhuis. Dit zou ook mogelijk moeten worden gemaakt voor andere thuisverpleegkundige-organisaties.

Ook het probleem dat er te weinig continuïteit bestaat in de patiëntenzorg kan verbeterd worden met het starten van een goede afstemming van taken in de patiëntenzorg. Zo weet iedere zorgverlener wat zijn verantwoordelijkheid is en wie hij of zij moet aanspreken in verschillende situaties.

**Tabel 6: Demografische gegevens focusgroep transmurale zorg**

A. Zorgverleners uit het ziekenhuis (voor eerstelijnszorgverleners) of de eerstelijns (voor ziekenhuiszorgverleners)

Demografische gegevens focusgroep					
	Totaal: n= 6 (100%)	Verpleegkundige: binnen UZ Leuven n= 2 (33,33%)	Thuisverpleegkundige: binnen zelfstandige organisatie n= 2 (33,33%)	Thuisverpleegkundige: via georganiseerde dienst n= 1 (16,67%)	Sociaal werkers: buiten UZ Leuven n= 1 (16,67%)
Leeftijd: gemiddelde (SD)	38,41 (14,29)	36,25 (9,68)	28,8 (1,6)	41,27 (13)	28 (0)
Jaren ervaring: gemiddelde (SD)	15,70 (13,37)	15 (5,1)	4,4 (1,62)	15,45 (13,65)	3 (0)
Geslacht: n (%)					
Man	1 (16,67%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Vrouw	5 (83,33%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)
In mijn praktijk heb ik ... contact met de oncologische patiënt: n (%)					
Heel frequent/ elke dag	4 (66,66%)	2 (100%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (100%)
Frequent/ elke week	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Af en toe/ eens per maand	2 (33,33%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	0 (0%)
Zelden/ eens per jaar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
In mijn patiëntenzorg heb ik ... transmuraal interdisciplinair contact of overleg: n (%)					
Heel frequent/ elke dag	1 (16,67%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
Frequent/ elke week	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Af en toe/ eens per maand	3 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	0 (0%)
Zelden/ eens per jaar	2 (33,33%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
In mijn patiëntenzorg doen transmurale contacten zich hoofdzakelijk voor ....:					
op initiatief van zorgverleners uit het ziekenhuis of de eerstelijns (A.)	1 (16,67%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Op mijn eigen initiatief	5 (83,33%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Op vraag of initiatief van de patiënt	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)



## 4. Discussie

### Discussie resultaten:

Het doel van deze studie is het onderzoeken van de meerwaarde en haalbaarheid van transmurale zorg in de oncologie vanuit het perspectief van de betrokken zorgverleners. Niet tegenstaande uit de kwantitatieve als uit de kwalitatieve resultaten de meerwaarde van transmurale zorg naar voor komt, geeft minder dan 40% van de participanten aan dat ze meer dan één keer per week aan transmuraal interdisciplinaire communicatie participeren hoewel meer dan 80 procent aangeeft meerdere malen per week contact te hebben met oncologische patiënten. Dit bevestigt het gegeven dat zorgverleners het een meerwaarde vinden om de zorg over de ziekenhuismuren heen uit te voeren, maar dat dit in de dagelijkse realiteit niet goed haalbaar is. Vooral actoren uit de eerstelijnsgezondheidszorg schatten in deze studie de meerwaarde van transmurale zorg hoger in. In het onderzoeksrapport van het Cédric Hèle instituut (Daly E. 2017) geeft 60% van de deelnemers aan dat een goede informatiedoorstroming en communicatie tussen zorgverleners noodzakelijk is in de toekomst. In de focusgroep komt naar voor dat de eerstelijnsgezondheidszorg vragende partij is naar meer transmurale samenwerking, wat ook terugkomt in het onderzoek van Knotternerus J.A. en Wijffels (2011) waarin wordt vermeld dat thuisverpleegkundigen in alle gevallen afhankelijk zijn van anderen voor instroom van cliënten en informatievoorzieningen.

Om echter te komen tot geïntegreerde zorg voor de oncologische patiënt is het ontwikkelen van een doelgericht zorgcontinuüm met een samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg een basisvoorwaarde (Conferentie eerstelijnszorg. 2017; Goodwin N., 2013). Geïntegreerde zorg aan de oncologische patiënt vereist zorgcoördinatie omdat de zorg voor de oncologische patiënt in verschillende settings plaats vindt, waardoor de verzameling van alle informatie zeer tijdrovend kan zijn (Dulko D., et al. 2013). De huisarts lijkt door een vaak jarenlange vertrouwensband met de patiënt (Barker I., et al. 2017) de meest aangewezen persoon om deze rol op zich te nemen. Zij verliezen echter vaak het contact met hun patiënten tijdens hospitalisatie en zijn weinig geïnformeerd over de zorgen die hun patiënt elders krijgt (Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011; Guassora, et al. 2015). Omdat deze informatieoverdracht vaak suboptimaal gebeurt, geven huisartsen aan dat het niet eenvoudig is om coördinerende taken volledig te kunnen vervullen en dat, om dit goed te doen, ze hierbij afhankelijk zijn van andere zorgprofessionals (Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011; Guassora, et al. 2015).

Ook thuisverpleegkundigen ervaren een afhankelijkheidspositie naar het ziekenhuis voor informatievoorziening. Daarboven ervaren thuisverpleegkundigen een bijkomende afhankelijkheid naar de huisarts toe voor, naast bijkomende informatievoorziening, patiënten instroom. Zoals een thuisverpleegkundige aangeeft in de focusgroep, is het ook mogelijk dat een patiënt of mantelzorger zelf initiatief neemt om een thuisverpleegkundige te contacteren, maar in alle gevallen blijven ze afhankelijk van anderen. Tijdens de focusgroep geven thuisverpleegkundigen ook aan het moeilijk te hebben met deze afhankelijkheidspositie omdat ze moeten afwachten of ze voldoende informatie zullen krijgen die ze nodig hebben om goede zorg te kunnen uitvoeren. De thuisverpleegkundigen spreken over irritatie en demotivatie in hun zorgverlening.

In deze studie wordt de haalbaarheid van deze transmurale samenwerking ook positief ingeschat, deze ligt echter lager dan de ingeschatte meerwaarde. De haalbaarheid van transmurale samenwerking wordt bedreigd door een aantal barrières, zoals gerapporteerd werden door de respondenten van dit onderzoek.

Een eerste barrière voor een haalbare transmurale zorg is een perceptie van tijdsgebrek (Daly E. 2017). Zo hebben slechts 41,67% van de deelnemende huisartsen in deze studie maandelijks contact met oncologische patiënten. Ook thuisverpleegkundigen krijgen te weinig tijd om de complexe zorg aan deze patiënten uit te voeren. (Knotternerus J.A. en Wijffels J.F.A.M. 2011). Gezien een aantal praktische handelingen zoals bijvoorbeeld het geven van medicatie vaak uit hun takenpakket wordt gehaald, daalt het aantal huisbezoeken door de verpleegkundige bij de

patiënt thuis en worden zij minder als steun en toeverlaat aanzien bij hun patiënten (Knotternerus J.A. en Wijffels J.F.A.M. 2011).

Een tweede barrière is dat er vanuit het ziekenhuis onvoldoende vertrouwen wordt gesteld in de capaciteiten van de eerstelijnsgezondheidszorg. Thuisverpleegkundigen geven in de focusgroep aan dat patiënten in de thuissituatie steeds mondiger worden en meer betrokken zijn in beslissingen door onder andere hogere scholing en toegenomen toegankelijkheid van medische informatie. Wanneer de toegediende zorg afwijkt van de zorg die de patiënt in het ziekenhuis heeft ontvangen, stelt de zorgvrager zich hier vaker vragen bij. Dit uit zich in kritische opmerkingen over de ontvangen thuiszorg aan ziekenhuisverpleegkundigen wat vervolgens hun perceptie over de kwaliteit van zorg door en de competentie van de eerstelijnsgezondheidszorg negatief beïnvloedt. (Conferentie eerstelijnszorg. 2017). Hoewel er geen huisartsen aanwezig waren in de focusgroep toont de meta-analyse van Choi Y. (2017) dat ook oncologen in het ziekenhuis weinig vertrouwen hebben in de kennis en deskundigheid van hun collega huisartsen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo hebben slechts 23% tot 38% van de oncologen er vertrouwen in dat huisartsen voldoende vaardigheden bezitten in de oncologische zorg om de effecten van borst- en darmkanker, de bijhorende kankerbehandelingen en de opvolging hiervan op zich te nemen en uit te leggen aan de patiënt. De studies van Klabunde C.L., et al. (2013) en Grunfeld E., et al. (2006) geven aan dat oncologen binnen het ziekenhuis hierdoor aarzelen om de zorg en transitie voor de oncologische patiënt samen op te nemen.

Ten slotte voelen thuisverpleegkundigen zich vaak onzeker over de complexe zorg die een oncologische patiënt nodig heeft. Door de grote diversiteit in de zorgen die deze patiënten nodig hebben ontstaat vaak een kennistekort. Verder geven eerstelijnszorgverleners aan dat ze over onvoldoende kennis, vaardigheden en informatie over de patiënt beschikken om patiënten ook psychosociaal te ondersteunen (Daly E. 2017). Aanwezige thuisverpleegkundigen bij de focusgroep en thuisverpleegkundigen in het onderzoek van Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. (2011) en andere eerstelijnszorgverleners in het onderzoeksrapport Cédric Hèle instituut (Daly E. 2017) geven daarom ook aan bijscholing rond dit thema zeer waardevol te vinden. Omdat thuisverpleegkundigen vaak niet zo frequent contact hebben met oncologische patiënten, ontstaat ook een gebrek aan ervaring. Het verschil in handelingen, protocollen en materiaal tussen verschillende ziekenhuizen helpt hier niet bij (Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011).

Er wordt geen consensus gevonden over wie de initiator voor het transmuraal overleg moet zijn. Opvallend is dat in dit onderzoek zowel de meerderheid van ziekenhuisartsen (56%), als huisartsen (75,76%) aangeven dat transmurale contacten zich voordoen op eigen initiatief. Dit wordt mogelijk verklaard door het feit dat zorgverleners die deelnemen aan dit onderzoek de meerwaarde van transmurale samenwerking hoog inschatten en hier zelf vaker aan deelnemen. In dit onderzoek gaven zowel de meerderheid van ziekenhuisverpleegkundigen (62,5%) als de meerderheid van thuisverpleegkundigen (60%) aan dat het de thuisverpleegkundigen zijn die het initiatief voor contact en informatie uitwisseling met ziekenhuiszorgverleners op zich nemen.

Verder is er ook onduidelijkheid over de taakverdeling. In de literatuur wordt gesteld dat goede taakverdeling echter leidt tot een betere perceptie van de meerwaarde van transmurale samenwerking en een beter gebruik van de expertise van iedere zorgverlener (A.J.E. de Veer, et al. 2012). In de synthesesnota van de Wetenschappelijke Reflectiekamer wordt aangegeven dat België het slechtst scoort op vlak van interprofessionele samenwerking (Verlinde C., et al. 2017). Ziekenhuisverpleegkundigen in de focusgroep gaven ook aan dat er een gebrek is aan vaste teams in de eerstelijns die gedurende een langere periode en in een vast rooster samenwerken. Deze trend werd ook teruggevonden in het artikel van de Veer (2012) waarin de eerstelijnsgezondheidszorg zelf ook vragende partij is voor een betere afstemming van zorg met de ziekenhuizen. In de beleidsvisie van 2017 wordt aangegeven dat het ziekenhuis de eerstelijnsactoren dient te ondersteunen in hun rol om de patiënt thuis goede zorg en comfort aan te bieden en (re-)hospitalisaties te vermijden (Conferentie eerstelijnszorg. 2017).

Het komt naar voor in de focusgroep dat er weinig communicatie is tussen de zorgverleners en dit een goede taakverdeling in de weg staat. Met de intrede van nieuwe technologie kan deze

samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijnsgezondheidszorg mogelijk worden verbeterd (Conferentie eerstelijnszorg. 2017). Deze technologie kan inhouden dat er bijvoorbeeld een platform wordt ontwikkeld met gezamenlijke patiëntendossiers waardoor een betere samenwerking tussen ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg mogelijk is. In de navolging van de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg van 2010 is reeds sterk op deze technologie ingezet. Ook de Federale Overheid heeft ingezet op de ontwikkeling van ICT-ondersteuning voor de eerstelijnsgezondheidszorg met als resultaat het oprichten van 'Vitalink' en 'www.éénlijn.be'. Ook internationaal geeft men vanuit de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie) aan de ambitie te hebben om tegen 2020 de volledige digitalisering van de medische dossiers van huisartsen te realiseren en gebruik te maken van telemedicine en e-health (Health 2020; Conferentie eerstelijnszorg 2017). Sada Y.H. (2011) geeft aan dat een elektronisch medisch dossier communicatie kan faciliteren tussen oncologen en huisartsen binnen een geïntegreerd systeem, maar dat communicatie met andere artsen buiten dit systeem nog steeds moeizaam zal verlopen. Ook wordt hierbij vastgesteld dat met goede afspraken tussen oncologen en huisartsen, er meer routine onderzoeken plaatsvinden, en de coördinatie beter verloopt.

### Limitaties

Het gebruik van Gelegenheidssteekproef samen met de lage responsrate vormt een bedreiging voor de externe validiteit van deze studie. Hoewel het richtcijfer voor de kwantitatieve vragenlijst van de steekproefgrootte 15 deelnemers per beroepsgroep bedroeg, werd dit enkel gehaald voor ziekenhuisverpleegkundigen (n=24). De responsrate van andere beroepsgroepen ligt lager. Omdat thuisverpleegkundigen binnen een zelfstandige organisatie enkel via e-mail werden gecontacteerd kon een responsrate worden berekend (11,67%). Deze verliep echter ook via simple random sample, wat de minst betrouwbare methode is (Evers G.C.M. 1998). Voor andere beroepsgroepen was het niet mogelijk een juiste responsrate te berekenen omdat niet exact kon worden gemeten wat het bereik van de online websurvey was.

Bij aanvang van het onderzoek werden artsen opgedeeld in stafleden, assistenten en huisartsen. Voor de huisartsen werd een onderscheid gemaakt of ze werkzaam waren in een solo- of groepspraktijk om na te gaan of er onderling ook verschillen konden worden waargenomen. Echter wegens de lage respons waardoor de groepen afzonderlijk zeer klein waren, was dit niet mogelijk, en werden de resultaten gerapporteerd voor de groep van de ziekenhuisartsen (bestaande uit stafleden en assistenten) en anderzijds voor de huisartsen. Er dient hierdoor ook rekening gehouden te worden met het interpreteren van de resultaten. Kleine groepen van data kunnen de kwaliteit van de resultaten negatief beïnvloeden (Button K.S., et al. 2013). Het is daarom belangrijk dat er verder onderzoek gebeurt om deze resultaten te ondersteunen.

In de studie wordt gebruik gemaakt van een sequential mixed methods design. Dit houdt in dat in een eerste fase gestart wordt met het verzamelen en onderzoeken van kwantitatieve data, en in een tweede fase worden op basis van de kwantitatieve resultaten uit de eerste fase, de kwalitatieve data verzameld en geanalyseerd. Het gebruik van dit design heeft als voordeel dat de implementatie van de studie door de 'twee-fasen structuur' in twee aparte tijden wordt uitgevoerd en dit het eenvoudiger maakt voor de onderzoeker om uit te voeren. Ook worden met dit design kwantitatieve en kwalitatieve data in één onderzoek verzameld waardoor dit sneller en efficiënter verloopt dan wanneer men kwantitatieve en kwalitatieve data verzamelt in meerdere onderzoeken (Creswell J.W., Plano Clark V.L. 2007).

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan dit design. Zo moet de onderzoeker zowel ervaring hebben met kwantitatieve en kwalitatieve data-analyse om de resultaten op een goede manier te kunnen interpreteren. Ook kan door het kwantificeren van kwalitatieve data de flexibiliteit en diepgang verloren gaan. Dit komt omdat men de 'rijke' kwalitatieve data gaat dichotomiseren aan de kwantitatieve resultaten. Voor deze kwantitatieve dataverzameling werd ook gebruik gemaakt van een websurvey welke over het algemeen een lage responsrate heeft (Creswell J.W., 2007).

Om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve waarnemingen te vergroten werd gebruik gemaakt van een geluidsopname voor het vastleggen van de focusgroep. Maar omdat de organisatie van de focusgroep werd geleid door twee begeleiders binnen het onderzoek welke werkzaam zijn in

UZ Leuven, en enkele personen uit de focusgroep persoonlijk kennen, is onderzoeks- en response bias mogelijk. Er werd getracht dit tegen te gaan door middel van onderzoekertriangulatie (Hak T., 2004; Carter N., et al. 2014).

Er werd door middel van een vijfpunt likertschaal een waarde gegeven aan de antwoorden (1 = zeker niet, 2 = eerder niet, 3 = geen mening, 4 = eerder wel, 5 = zeker wel). Wanneer een deelnemer echter het antwoord 'geen mening' aanduidde, werd hier een waarde van 3 punten aan gegeven. Geen mening is een neutraal antwoord, maar dit kan wel een invloed hebben op het gemiddelde.

De verdeling van man en vrouw is zeer ongelijk in deze studie. Zo zijn 57 (81,43%) van de 70 respondenten vrouwen en slechts 13 (18,57%) mannen. Echter ziet men in de praktijk ook een groot onevenwicht bij verpleegkundigen (86,2% vrouwen) en sociaal werkers (79,7% vrouwen) waardoor generalisatie van de resultaten in deze beroepsgroepen wel mogelijk zijn (Beroepen in België volgens geslacht 2016).

### Aanbevelingen tot verbetering van zorg

Een belangrijke barrière die steeds terugkomt in transmurale zorgverlening is de communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen, zowel binnen als tussen het ziekenhuis en de eerstelijns. Er dient niet enkel gewerkt te worden aan de voorziening van middelen om communicatie te faciliteren, maar ook moet gewerkt worden aan de perceptie en motivatie van de zorgbeoefenaar. Wanneer deze personen zelf de meerwaarde erkennen van de transmurale samenwerking, en deze ook haalbaar achten, zal men hier met meer motivatie en inzet aan deelnemen.

Mogelijk kan het aanpassen van het honorarium van artsen en huisartsen en de geleidelijke overschakeling van de huidige betaling per prestatie naar meer gemengde betalingsvormen bij thuisverpleegkundigen een incentive zijn om meer deel te nemen aan transmurale zorg. De huidige forfaitaire vergoeding voor coördinatietaken van de huisarts en specialist dekken de volledige kosten van deze zorg niet. Ook in de thuiszorg zorgt de complexe en verouderde nomenclatuur voor een gebrek aan stimuli voor coördinatie tussen eerste- en tweedelijnszorg en ontoereikendheid voor het opvolgen van chronische aandoeningen (Sermeus W., et al. 2010; Gosset C., et al. 2007).

Een tweede struikelblok in de transmurale samenwerking is het gebrek aan vertrouwen in eigen zorgverlening als in de zorgverlening van de ander (Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. 2011; Daly E. 2017). De negatieve perceptie die zorgverleners in het ziekenhuis hebben over de zorgverlening in de eerstelijns kwam eerder al aan bod in deze masterproef. Zorgverleners in de eerstelijns geven aan dat zij hopen dat er meer wordt ingezet op educatie, waardoor hun eigen deskundigheid in de complexe oncologische zorgverlening kan verbeteren. Mogelijks kan tussentijdse educatie plaatsvinden in het ziekenhuis, waardoor ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners onderling ook ervaringen kunnen uitwisselen.

Een derde barrière voor transmurale zorg die ter sprake kwam in de focusgroep en terugkomt in literatuur was het gebrek aan tijd (Daly E. 2017). Deze barrière ondervindt iedere beroepsbeoefenaar tijdens zijn of haar zorgverlening. Er blijft echter veel overlap in de taakuitvoering van de verschillende zorgverleners (Conferentie eerstelijnszorg. 2017). Een duidelijke taakdifferentiatie en afbakening van wie welke zorgverlening uitvoert kan reeds meer ademruimte bieden. Verder dient ook een planningsraamwerk te worden ontwikkeld voor het personeelsbestand waarbij men rekening houdt met geplande veranderingen in de gezondheidszorg (Paulus D., et al. 2012).

## 5. Conclusie

Ziekenhuis- en eerstelijnszorgverleners vinden transmurale samenwerking in de oncologie een meerwaarde en vinden over het algemeen dit haalbaar. De haalbaarheid van deze transmurale samenwerking wordt echter lager ingeschat dan de meerwaarde. Eerstelijnszorgverleners schatten de meerwaarde en haalbaarheid systematisch hoger in dan ziekenhuiszorgverleners. In een focusgroep worden barrières aangehaald zoals onvoldoende tijd, gebrek van vertrouwen in elkaars competentie en onvoldoende kennis en deskundigheid. Om duidelijkheid te creeëren over wie de coördinerende rol op zich dient te nemen, is een goede communicatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en het ziekenhuis nodig. Hiervoor werden reeds verschillende initiatieven opgestart die er echter voorlopig niet in slagen een goede coördinatie van de transmurale zorg te bewerkstelligen.

## 6. Referenties

- Belgian Cancer Registry. (2015). *Cancer burden in Belgium 2004-2013*. Beschikbaar via: [http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR\\_publicatieCancerBurden2016\\_web\\_160616.pdf](http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2016_web_160616.pdf).
- Stichting tegen Kanker: *kanker in cijfers*. Beschikbaar via: <http://www.kanker.be/alles-over-kanker/kanker-cijfers>
- Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. (2015). *Cancer statistics, 2015*. CA Cancer J Clin; 65: 5-29
- Thakkar J.P., Dolecek T.A., Horbinski C., et al. (2014). *Epidemiologic and molecular prognostic review of glioblastoma*. Cancer Epidemiol Biomarker Prev; 23(10):1985-96.
- Berger N.A., Savvides P., Koroukian, et al. (2006). *Cancer in the elderly*. Trans Am Clin Climatol Assoc; 117:147-55; discussion 155-6.
- Siesling S., Visser O., Luth T.K., et al. (2011). *Volwassen kankerpatiënten overleven langer in Nederland*. Ned Tijdschr Geneesk; 155: A3169
- Cox K., Alford B., Soliman H. (2017). *Emerging Therapeutic Strategies in Breast Cancer*. South Med J; 110(10):632-637.
- Barwe S.P., Quagliano A., Gopalakrishnapillai A. (2017). *Eviction from the sanctuary: Development of targeted therapy against cell adhesion molecules in acute lymphoblastic leukemia*. Semin Oncol; 44(2):101-112.
- Nakahama K., Isa S.I., Tamiya A., et al. (2017). *The Association Between Chemotherapy Immediately Before Nivolumab and Outcomes Thereafter*. Anticancer Res; 37(10): 5885-5891.
- Keating N.L., Norredam M., Landrum M.B., Huskamp H.A., Meara E. (2005). *Physical and mental health status of older long-term cancer survivors*. J AM Geriatr Soc. Dec; 53(12):2145-52
- Yabroff K.R., Lawrence W.F., Clauser S., Davis WW, Brown ML. (2004). *Burden of Illness in Cancer Survivors: Findings From a Population-Based National Sample*. Journal of the National Cancer Institute Vol 96;17
- Stadlander M., Dreesens D. (2008). *Evidence en population based eerstelijnszorg*. LSJ Medisch Projectbureau.
- Guassora A.D., Jarlbaek L., Thorsen T. (2015). *Preparing general practitioners to receive cancer patients following treatment in secondary care: a qualitative study*. BMC Health Services Research; 15: 202.
- Fidjeland H.L., Brekke M., Vistad I. (2015). *General practitioners' attitudes toward follow-up after cancer treatment: A cross-sectional questionnaire study*. Scandinavian Journal of Primary Health Care; 33(4): 223-232.
- Barker I., Steventon A., Deeny S.R. (2017). *Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data*. BMJ; 356:j84.
- Saultz J.W., Lochner J. (2005). *Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review*. Ann Fam Med ;356:159
- Hudson P. & Payne S. (2011) *Family Caregivers and Palliative Care: Current Status and Agenda for the Future*. Journal of Palliative Medicine; volume 14: number 7.
- Glajchen M. *The emerging role and needs of family caregivers in cancer care*. (2004). J Support Oncol; 2:145-55.
- Ferrel B. & Wittenberg E. (2017). *A review of family caregiving intervention trials in oncology*. CA Cancer J Clin; 67:318-325

- Jefferies H., Chan K. (2004). *Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective?* International Journal of Gynecological Cancer; 14(2): 210-211.
- Werkgroep Transmurale Zorg. (2015). *Gids voor het ontwikkelen en het communiceren van een visie over transmurale zorg in het kader van het meerjarige programma 2013-2017*. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
- Conceptnota Transmurale Zorg* (2011). FOD Volksgezondheid. Beschikbaar via: [http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/nota\\_transmurale\\_zorg\\_fod\\_juni\\_2011.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/nota_transmurale_zorg_fod_juni_2011.pdf)
- Onkelinx J. (2016). *De meerwaarde en haalbaarheid van een transmuraal zorgtraject voor patiënten met een glioma en hun mantelzorgers, zoals ervaren door betrokken professionele zorgverleners*.
- Duchenne J., Verbrugge FH, Dupont M, et al. (2014). Implementation of transmural disease management in patients admitted with advanced heart failure. *Acta Cardiol*; 69(2): 145-154
- Ferrell B., Grant M. (2014). *Palliative Care Needs of Cancer Survivors*. Elsevier; 30: 262-267.
- Van Dijk C.E., Korevaar J.C., De Jong J.D., et al. (2013). *Kennisvraag. Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg*. Nivel.
- Kranenbarg E.K. & Sassen B. (2016). *Interventies ter verbetering van de overdracht van patiënteninformatie van ziekenhuizen naar verpleeg- verzorgingshuizen en de thuiszorg bij kwetsbare ouderen*. HBO-V; Hogeschool van Utrecht
- Carter N., Bryant-Lukosius D., DiCenso A., Blythe J., Neville A.J. (2014). *The use of triangulation in qualitative research*. *Oncol Nurs Forum*; 41(5):545-7
- Easley J., Miedema B., June C., et al. (2016). *Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists*. *Can Fam Physician*; 62(10): e608-e615
- Centraal BegeleidingsOrgaan (2004). *Handleiding focusgroepen/Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg*. Beschikbaar via: <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>
- Vigez (2016). *Eerste hulp bij... Focusgroepen*. Beschikbaar via: [http://www.vigez.be/files/gezondheidsbevordering/VIGeZ\\_2016\\_\\_eerste\\_hulp\\_bij...\\_focusgroep en.pdf](http://www.vigez.be/files/gezondheidsbevordering/VIGeZ_2016__eerste_hulp_bij..._focusgroep en.pdf)
- Tavakol M. & Dennick R. (2011). *Making Sense of Cronbach's Alpha*. *International Journal of Medical Education*. 2011; 2:53-55
- Conferentie eerstelijnszorg: *Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. (2017). Agentschap zorg & gezondheid*. Beschikbaar via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>
- Klabunde C.N., Han P.K., Earle C.C., et al. (2013). *Physician roles in the cancer-related follow-up care of cancer survivors*. *Fam Med*; 45(7):463-74
- Grunfeld E., Levine M.N., Julian J.A., et al. (2006). *Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care*. *J Clin Oncol*; 24(6): 848-55
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, A.E. Schaap, A. Hamming. (2012). *Zorgpaden in de eerstelijns: voordelen groter dan nadelen?* *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*; nr6
- Goodwin N. (2013). *International Foundation for Integrated Care, Nationale conferentie "Zorg voor chronisch zieken"*. Itinera

- Knotternerus J.A. & Wijffels J.F.A.M. (2011). *Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn*. KWF Kankerbestrijding. VDB Almedeon vb, Oisterwijk
- Choi Y. (2017) *Care Coordination and Transitions of Care*. (2017). Med Clin North Am: Nov
- Verlinde C., De Maeseneer J., et al. (2017). *De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!* Beschikbaar via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf>
- Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Beschikbaar via: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-andstrategy-for-the-21st-century-2013b>
- Evers G.C.M. (1998). *Meten van zelfzorg*. Van Gorcum & Comp
- Creswell J.W., Plano Clark V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications: 62-79
- Belgian Federal Government. (2016). *Beroepen in België volgens geslacht (top 100)*.
- Hak T. (2004). *Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek*.
- Button K.S., Loannidis J.P.A., Mokrysz C., Nosek B.A., Flint J., Robinson E.S.J., Munafò M.R. (2013). *Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience*. Nature reviews Neuroscience; 14:365-376
- Sermeus W., Pirson M., Paquay L., Pacolet J., Falez F., Stordeur S., et al. (2010). *Financing of home nursing in Belgium*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 04/02/2010.
- Gosset C., Heyden I., Schumacher I., Moons P., Milisen K., Sermeus W., et al. (2007). *Inventaris en toekomstmogelijkheden van de technische verpleegkundige prestaties in de thuiszorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid en Veiligheid van de Voedselketen
- Paulus D., Van Den Heede K., Mertens R., et al. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; KCE Report 190As
- Daly E. (2017). *Resultaten bevraging noden van de eerste lijn in de psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten*. Cédric Hèle instituut vzw, Bruul 52/4: december 2017.



## Bijlage 1: vragenlijst eerstelijns zorgverleners 2016-2017'.

### **Bijlage 1: Introductie van vragenlijst**

#### **Meerwaarde en haalbaarheid van transmurale samenwerking in de oncologische zorg, zoals ingeschat door zorgverleners in ziekenhuis en eerstelijns.**

Geachte huisarts,  
Geachte thuisverpleegkundige,  
Geachte sociaal werker,

Transmurale zorg<sup>1</sup> is erg actueel. De Federale Overheid heeft transmurale zorg geselecteerd als één van de prioritaire thema's voor het meerjarenplan 2013-2017. De samenwerking/ complementariteit tussen de eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg werd uitdrukkelijk op de agenda gezet bij de ontwikkeling van een actieplan voor geïntegreerde zorgverlening aan de chronisch zieke patiënten. Hiervoor is een goede verdeling van rollen en informatie uitwisseling tussen zorgverleners in de ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg noodzakelijk.

Ook in de oncologische patiëntenzorg is nog werk om transmurale samenwerking te optimaliseren. In de regio Leuven werden dankzij projectfinanciering van Kom op Tegen Kanker twee afzonderlijke pilootprojecten<sup>2,3</sup> transmurale zorg voor kwetsbare oncologische zorgvragers opgezet van 2014-2016. Deze projecten konden de meerwaarde van transmurale samenwerking binnen de oncologie aantonen maar wezen ook op de uitdagingen en werkpunten.

Met dit onderzoek willen we aan de hand van een vragenlijst verkennen in welke mate zorgverleners in ziekenhuis en eerstelijns transmurale samenwerking rond verschillende aspecten van oncologische patiëntenzorg een meerwaarde en haalbaar vinden. Dit zal ons helpen bij het identificeren van opportuniteiten en barrières en bij het plannen van nieuwe initiatieven in functie van transmurale samenwerking.

We nodigen u daarom graag uit om uw mening (anoniem) met ons te delen door onderstaande vragenlijst in te vullen en te bezorgen **voor 15 april 2017** volgens afgesproken medium (e-mail, post of ophaling). Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

#### **Informed consent**

Wanneer u onderstaande vragenlijst invult, verklaart u het doel van het onderzoek te begrijpen, en neemt u hier vrijwillig aan deel. De gegevens en resultaten worden gecodeerd, waardoor deze anoniem verwerkt en gepubliceerd worden.

Alvast bedankt voor uw deelname!

<sup>1</sup> Transmurale zorg is een gecoördineerde en geïntegreerde manier van zorgverlening waarbij de zorg georganiseerd wordt op basis van samenwerking tussen betrokken generalistische en specialistische zorgverleners. De specifieke zorgdoelstellingen voor de zorgvragers vormen het uitgangspunt voor gedeelde afstemming en verantwoordelijkheid.

<sup>2</sup> Transmuraal zorgtraject voor hersentumor patiënten en mantelzorgers (2014-2016), UZ Leuven i.s.m. met Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant

<sup>3</sup> Project voor alleenstaanden met kanker, SEL Goal i.s.m. UZ Leuven / Heilig Hart Leuven

**Deel 1/5: Demografische gegevens**

**Kruis het antwoord aan dat betrekking tot u heeft.**

**Beroep:**

- huisarts:     *groepspraktijk*     *solopraktijk*  
 thuisverpleegkundige:     *zelfstandige organisatie*     *organisatie verbonden aan mutualiteit*  
 sociaal werker

**Geslacht:**

- man  
 vrouw

**Leeftijd: ... jaar**

**Ik heb ... jaar/jaren werkervaring**

**In mijn praktijk heb ik ... contact met oncologische patiënten:**

- heel frequent/elke dag  
 frequent/elke week  
 af en toe/eens per maand  
 zelden/eens per jaar

**In mijn patiëntenzorg heb ik ... transmuraal interdisciplinair contact of overleg:**

- heel frequent/elke dag  
 frequent/elke week  
 af en toe/eens per maand  
 zelden/eens per jaar

**In mijn patiëntenzorg doen transmurale contacten zich hoofdzakelijk voor ...:**

- naar aanleiding van betrokken zorgverleners in het ziekenhuis  
 naar aanleiding van mijn eigen initiatief  
 naar aanleiding van een vraag/op initiatief van een patiënt



**Deel 2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase**

	In welke mate is transmurale samenwerking met het ziekenhuis in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <b>meerwaarde</b> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <b>haalbaar</b> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmurale samenwerking te werken met zorgverleners in het ziekenhuis?			
	zeiker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeiker wel	eerder wel	geen mening	zeiker wel
1. De patiënt informeren rond diagnose en MOC-resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmelding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Open vragen:**

Wat **bemoeilijkt** transmurale samenwerking voor u in de diagnostische fase?

.....  
 .....  
 .....

Wat **bevoordert** transmurale samenwerking voor u in de diagnostische fase?

.....  
 .....  
 .....

### Deel 3/5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase

	In welke mate is transmurale samenwerking met het ziekenhuis in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmurale samenwerking te werken met zorgverleners in het ziekenhuis?					
	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel
1. Informeren over de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hulp bieden bij beslissingen rond behandelingsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Detecteren van nevenwerkingen en melden van alarmsignalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verstrekken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan van nevenwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Managen van nevenwerkingen bv. voorschrijven van medicatie ter verlichting van nevenwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Medicatie-overzicht bewaken en up-to-date houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. In geval van orale antikankertherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• begeleiden bij de integratie van orale antikankertherapie in het dagelijkse leven en het medicatie-overzicht</li> <li>• opvolgen van therapietrouw</li> <li>• ondersteuning bieden bij problemen met therapietrouw</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Open vragen:**

Wat **bemoeilijkt** transmurale samenwerking voor u tijdens de behandelingsfase?

.....  
.....  
.....

Wat **bevordert** transmurale samenwerking voor u tijdens de behandelingsfase?

.....  
.....  
.....

**Deel 4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg**

	In welke mate is transmurale samenwerking met het ziekenhuis in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmuraal samen te werken met zorgverleners in het ziekenhuis?				
	zeiker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeiker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeiker wel
1. Detecteren/bespreken van late gevolgen van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verstreken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan met deze kachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Begeleiden van de patiënt bij de maatschappelijke re-integratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Organiseren van palliatieve zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Emotioneel ondersteunen van de familie na overlijden patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Open vragen:**

Wat **bemoedigt** transmurale samenwerking voor u tijdens de nazorg?

.....  
 .....  
 .....

Wat **bevoordert** transmurale samenwerking voor u tijdens de nazorg?

.....  
 .....  
 .....

**Deel 5/5: Algemene zorgdoelstellingen**

	In welke mate is transmurale samenwerking met het ziekenhuis in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmuraal samen te werken met zorgverleners in het ziekenhuis?					
	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel
1. Het emotioneel ondersteunen van de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Het emotioneel ondersteunen van de naaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coördineren van de professionele zorg(hulp/middelen) in functie van de ADL van de patiënt thuis (thuisverpleging, maaltijden aan huis ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coördineren van de professionele zorg(hulp/middelen) in functie van de IADL van de patiënt buiten het ziekenhuis (poetsing, ondersteuning bij financiële administratie, vervoer ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Open vragen:**

Wat bemoedigt transmurale samenwerking voor u rond deze algemene zorgdoelstellingen?

.....  
.....  
.....

Wat bewoerdert transmurale samenwerking voor u rond deze algemene zorgdoelstellingen?

.....  
.....  
.....

**Hartelijk dank voor uw deelname!**

Indien u vragen of bemerkingen heeft over deze vragenlijst, mag u mij steeds contacteren via 0498 44 19 25 of [vincent.cuypers1@student.kuleuven.be](mailto:vincent.cuypers1@student.kuleuven.be).



## **Bijlage 2: Informed Consent participanten focusgroep**

### **Focusgroep**

De resultaten uit dit onderzoek zullen eind april in UZ Leuven - campus Gasthuisberg besproken worden in een focusgroep. Er worden twee focusgroepen georganiseerd: één voor zorgverleners uit de eerstelijns en één voor zorgverleners uit het ziekenhuis. Op deze manier wensen we de resultaten, bekomen uit de vragenlijsten, verder te verkennen en te bediscussiëren in een multidisciplinaire focusgroep. Indien u wenst deel te nemen aan deze focusgroep, gelieve dan onderstaande gegevens in te vullen. Uw persoonlijke informatie zal niet worden gebruikt bij de analyse van de vragenlijst maar dient louter om u vrijblijvend te kunnen contacteren voor de planning van de focusgroepen.

- Ja, ik wens deel te nemen aan de focusgroep  
 Neen, ik wens niet deel te nemen aan de focusgroep

Naam: .....

E-mailadres: .....

### **Contactgegevens**

Vincent Cuypers (vincent.cuypers1@student.kuleuven.be / Tel: 0498 44 19 25)

Mevrouw Coolbrandt (annemarie.coolbrandt@kuleuven.be / Tel: 016 34 13 14)

Mevrouw Decadt (ine.decadt@kuleuven.be / Tel: 016 34 35 79)

Ombudsdienst UZ Leuven (ombudsdienst@uzleuven.be / Tel: 016 34 48 18)

### **Samenvatting van het onderzoek**

Uit onderzoek is gebleken dat een inadequate communicatie en zorgcoördinatie tussen ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners een negatieve impact heeft op de oncologische patiënt (Smeenk et al., 2000). UZ Leuven wil een antwoord bieden op deze noden door actief te exploreren naar de door zorgverleners ingeschatte en potentiële meerwaarde van transmurale samenwerking rond oncologische zorgdoelstellingen. Hierdoor kunnen ideeën en overtuigingen, maar ook drempels van zorgverleners in het ziekenhuis én de eerstelijns beter zichtbaar worden, waardoor mogelijke werkpunten worden geïdentificeerd. De resultaten die voortkomen uit dit onderzoek, zullen verder verkend worden in een focusgroep. Deze focusgroepen hebben tot doel de heersende ideeën, opportuniteiten en knelpunten van zorgverleners zowel uit de eerstelijns als uit het ziekenhuis verder te verkennen (CBO, 2004).

Smeenk, F., de Witte, P., Nooyen, I., Crebolder, H. (2000). Effects of transmurale care on coordination and continuity of care. Elsevier, 41: 73-81.

CBO. Handleiding focusgroepen. (2004). Te vinden op: <http://www.communicerenmetarmen.be/in-vogelvlucht/focusgroepsgesprekken>

## Bijlage 2: vragenlijst ziekenhuiszorgverleners 2016-2017

### Bijlage 1: Introductie van vragenlijst

#### **Meerwaarde en haalbaarheid van transmurale samenwerking in de oncologische zorg, zoals ingeschat door zorgverleners in ziekenhuis en eerstelijns.**

Geachte arts,  
Geachte verpleegkundige,  
Geachte sociaal werker,

Transmurale zorg<sup>1</sup> is erg actueel. De Federale Overheid heeft transmurale zorg geselecteerd als één van de prioritaire thema's voor het meerjarenplan 2013-2017. De samenwerking/complementariteit tussen de eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg werd uitdrukkelijk op de agenda gezet bij de ontwikkeling van een actieplan voor geïntegreerde zorgverlening aan de chronisch zieke patiënten. Hiervoor is een goede verdeling van rollen en informatie uitwisseling tussen zorgverleners in de ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg noodzakelijk.

Ook in de oncologische patiëntenzorg is nog werk om transmurale samenwerking te optimaliseren. In de regio Leuven werden dankzij projectfinanciering van Kom op Tegen Kanker twee afzonderlijke pilootprojecten<sup>2,3</sup> transmurale zorg voor kwetsbare oncologische zorgvragers opgezet van 2014-2016. Deze projecten konden de meerwaarde van transmurale samenwerking binnen de oncologie aantonen maar wezen ook op de uitdagingen en werkpunten.

Met dit onderzoek willen we aan de hand van een vragenlijst verkennen in welke mate zorgverleners in ziekenhuis en eerstelijns transmurale samenwerking rond verschillende aspecten van oncologische patiëntenzorg een meerwaarde en haalbaar vinden. Dit zal ons helpen bij het identificeren van opportuniteiten en barrières en bij het plannen van nieuwe initiatieven in functie van transmurale samenwerking.

We nodigen u daarom graag uit om uw mening (anoniem) met ons te delen door onderstaande vragenlijst in te vullen en te bezorgen **voor 15 april 2017** volgens afgesproken medium (e-mail, post of ophaling). Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

#### **Informed consent**

Wanneer u onderstaande vragenlijst invult, verklaart u het doel van het onderzoek te begrijpen, en neemt u hier vrijwillig aan deel. De gegevens en resultaten worden gecodeerd, waardoor deze anoniem verwerkt en gepubliceerd worden.

Alvast bedankt voor uw deelname!

<sup>1</sup> Transmurale zorg is een gecoördineerde en geïntegreerde manier van zorgverlening waarbij de zorg georganiseerd wordt op basis van samenwerking tussen betrokken generalistische en specialistische zorgverleners. De specifieke zorgdoelstellingen voor de zorgvragers vormen het uitgangspunt voor gedeelde afstemming en verantwoordelijkheid.

<sup>2</sup> Transmuraal zorgtraject voor hersentumor patiënten en mantelzorgers (2014-2016), UZ Leuven i.s.m. met Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant

<sup>3</sup> Project voor alleenstaanden met kanker, SEL Goal i.s.m. UZ Leuven / Heilig Hart Leuven

**Deel 1/5: Demografische gegevens**

**Kruis het antwoord aan dat betrekking tot u heeft.**

**Beroep:**

- arts:  *staffid*  *assistent*  
 verpleegkundige  
 sociaal werker

**Geslacht:**

- man  
 vrouw

**Leeftijd: ... jaar**

**Ik heb ... jaar/jaren werkervaring**

**In mijn praktijk heb ik ... contact met oncologische patiënten:**

- heel frequent/elke dag  
 frequent/elke week  
 af en toe/eens per maand  
 zelden/eens per jaar

**In mijn patiëntenzorg heb ik ... transmuraal interdisciplinair contact of overleg:**

- heel frequent/elke dag  
 frequent/elke week  
 af en toe/eens per maand  
 zelden/eens per jaar

**In mijn patiëntenzorg doen transmurale contacten zich hoofdzakelijk voor ...:**

- naar aanleiding van betrokken zorgverleners in de eerstelijns  
 naar aanleiding van mijn eigen initiatief  
 naar aanleiding van een vraag/op initiatief van een patiënt

**Deel 2/5: Zorgdoelstellingen tijdens de diagnostische fase**

	In welke mate is transmurale samenwerking met de eerstelijin in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmuraal samen te werken met zorgverleners in de eerstelijin?					
	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel
1. De patiënt informeren rond diagnose en MOC-resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De patiënt emotioneel ondersteunen na slechtnieuwsmededeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Open vragen:**

Wat bemoedigt transmurale samenwerking voor u in de diagnostische fase?

.....  
 .....  
 .....

Wat bevoordert transmurale samenwerking voor u in de diagnostische fase?

.....  
 .....  
 .....

**Deel 3.5: Zorgdoelstellingen tijdens de behandelingsfase**

	In welke mate is transmurale samenwerking met de eerstelijns in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmurale samen te werken met zorgverleners in de eerstelijns?				
	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel
1. Informeren over de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hulp bieden bij beslissingen rond behandelingsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Detecteren van nevenwerkingen en melden van alarmsignalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verstreken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan van nevenwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Managen van nevenwerkingen bv. voorschrijven van medicatie ter verlichting van nevenwerkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Medicatie-overzicht bewaken en up-to-date houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. In geval van orale antineoplasie therapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• begeleiden bij de integratie van orale antineoplasie therapie in het dagelijkse leven en het medicatie-overzicht</li> <li>• opvolgen van thespietrouw</li> <li>• ondersteuning bieden bij problemen met thespietrouw</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Open vragen:**

Wat bemoedigt transmurale samenwerking voor u tijdens de behandelingsfase?

.....  
.....  
.....

Wat bevoordert transmurale samenwerking voor u tijdens de behandelingsfase?

.....  
.....  
.....

**Deel 4/5: Zorgdoelstellingen tijdens de nazorg**

In welke mate is transmurale samenwerking met de eerstelijns in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?	In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmurale samen te werken met zorgverleners in de eerstelijns?							
zei-ker niet		eer-der niet		geen mening		eer-der wel		zei-ker wel
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. Detecteren/bespreken van late gevolgen van de behandeling		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Verstreken van zelfzorgadviezen ter verlichting van/voor het omgaan met deze klachten		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Begeleiden van de patiënt bij de maatschappelijke re-integratie		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Organiseren van palliatieve zorg		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Emotioneel ondersteunen van de familie na overlijden patiënt		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Open vragen:**

Wat **bemoedigt** transmurale samenwerking voor u tijdens de nazorg?

.....  
 .....  
 .....

Wat **bevoordert** transmurale samenwerking voor u tijdens de nazorg?

.....  
 .....  
 .....



### Deel 5/5: Algemene zorgdoelstellingen

	In welke mate is transmurale samenwerking met de eerstelijns in kader van onderstaande doelstelling volgens u een <u>meerwaarde</u> ?				In welke mate is het in uw professionele rol <u>haalbaar</u> om in het kader van deze zorgdoelstelling transmurale samenwerking te werken met zorgverleners in de eerstelijns?					
	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel	zeker niet	eerder niet	geen mening	eerder wel	zeker wel
1. Het emotioneel ondersteunen van de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Het emotioneel ondersteunen van de naaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ondersteunen van de naaste in het opnemen en invullen van mantelzorgrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de ADL van de patiënt thuis (thuisverpleging, maaltijden aan huis ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coördineren van de professionele zorg/hulp(middelen) in functie van de IADL van de patiënt buiten het ziekenhuis (poetsing, ondersteuning bij financiële administratie, vervoer ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Open vragen:**

Wat **bemoedigt** transmurale samenwerking voor u rond deze algemene zorgdoelstellingen?

.....  
.....  
.....

Wat **bevoordert** transmurale samenwerking voor u rond deze algemene zorgdoelstellingen?

.....  
.....  
.....

**Hartelijk dank voor uw deelname!**

Indien u vragen of bemerkingen heeft over deze vragenlijst, mag u mij steeds contacteren via 0498 44 19 25 of [vincent.cuyperns1@student.kuleuven.be](mailto:vincent.cuyperns1@student.kuleuven.be).

## **Bijlage 2: Informed Consent participanten focusgroep**

### **Focusgroep**

De resultaten uit dit onderzoek zullen eind april in UZ Leuven - campus Gasthuisberg besproken worden in een focusgroep. Er worden twee focusgroepen georganiseerd: één voor zorgverleners uit de eerstelijns en één voor zorgverleners uit het ziekenhuis. Op deze manier wensen we de resultaten, bekomen uit de vragenlijsten, verder te verkennen en te bediscussieren in een multidisciplinaire focusgroep. Indien u wenst deel te nemen aan deze focusgroep, gelieve dan onderstaande gegevens in te vullen. Uw persoonlijke informatie zal niet worden gebruikt bij de analyse van de vragenlijst maar dient louter om u vrijblijvend te kunnen contacteren voor de planning van de focusgroepen.

- Ja, ik wens deel te nemen aan de focusgroep  
 Neen, ik wens niet deel te nemen aan de focusgroep

Naam: .....

E-mailadres: .....

### **Contactgegevens**

Vincent Cuypers (vincent.cuypers1@student.kuleuven.be / Tel: 0498 44 19 25)

Mevrouw Coolbrandt (annemarie.coolbrandt@kuleuven.be / Tel: 016 34 13 14)

Mevrouw Decadt (ine.decadt@kuleuven.be / Tel: 016 34 35 79)

Ombudsdienst UZ Leuven (ombudsdienst@uzleuven.be / Tel: 016 34 48 18)

### **Samenvatting van het onderzoek**

Uit onderzoek is gebleken dat een inadequate communicatie en zorgcoördinatie tussen ziekenhuiszorgverleners en eerstelijnszorgverleners een negatieve impact heeft op de oncologische patiënt (Smeenk et al., 2000). UZ Leuven wil een antwoord bieden op deze noden door actief te exploreren naar de door zorgverleners ingeschatte en potentiële meerwaarde van transmurale samenwerking rond oncologische zorgdoelstellingen. Hierdoor kunnen ideeën en overtuigingen, maar ook drempels van zorgverleners in het ziekenhuis én de eerstelijns beter zichtbaar worden, waardoor mogelijke werkpunten worden geïdentificeerd. De resultaten die voortkomen uit dit onderzoek, zullen verder verkend worden in een focusgroep. Deze focusgroepen hebben tot doel de heersende ideeën, opportuniteiten en knelpunten van zorgverleners zowel uit de eerstelijns als uit het ziekenhuis verder te verkennen (CBO, 2004).

Smeenk, F., de Witte, P., Nooyen, I., Crebolder, H. (2000). Effects of transmural care on coordination and continuity of care. Elsevier; 41: 73-81.

CBO. Handleiding focusgroepen. (2004). Te vinden op: <http://www.communicerenmetarmen.be/in-vogelvlucht/focusgroepsgesprekken>

### **Bijlage 3: Topiclijst.**

#### ***Draagvlak EL > ZH***

*Wat maakt dat het draagvlak voor transmurale samenwerking in de eerstelijns groter is dan in het ziekenhuis?*

- In welke mate zie je dit (dit verschil) in je dagelijkse praktijk?
- Van waaruit komt dit mogelijk verschil tussen ziekenhuis en de eerstelijns?
- Wat is nog nodig om het draagvlak te vergroten/ wat kan het draagvlak voor transmurale samenwerking vergroten?
- In welke mate kunnen bepaalde incentives het draagvlak vergroten? Welke incentives?
- ....

#### ***Meerwaarde > haalbaarheid***

*Wat maakt dat transmurale samenwerking in de oncologie haalbaar wordt?*

- Op welke manier realiseren jullie transmurale samenwerking in jullie eigen praktijk/organisatie vandaag?
- Hoe pakken jullie dit zelf aan?
- Hoe komt het dat de haalbaarheid van transmurale samenwerking lager ingeschat wordt dan de meerwaarde ervan?
- Wat maakt dat het soms moeilijk haalbaar is om transmuraal te gaan samenwerken?
- Welke barrières ondervinden jullie in het transmuraal samenwerken?
- Welke faciliterende factoren zijn er?
- Wat is nog nodig om de haalbaarheid van transmurale samenwerking nog te verbeteren?
- ....

#### ***Slotvragen***

- Wat zijn jouw grootste drempels en jouw grootste motivators/triggers om transmuraal te gaan samenwerken in je eigen professie?
- Welke “to do’s” of actiepunten wil je ons graag prioriteren voor een volgend vierjarig transmuraal zorgtraject?
- Wat geef je ons mee als gouden tip uit je eigen praktijk om transmurale samenwerking te verankeren in de dagelijkse oncologische zorg?

## Bijlage 4: Toestemming projectplaats UZ Leuven

FACULTEIT GENEESKUNDE  
CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP  
Kapucijnenvoer 35  
3000 Leuven



KATHOLIEKE  
UNIVERSITEIT  
LEUVEN

*Ondergetekende*, Koen Balcaen  
Universitaire ziekenhuizen Leuven  
Herestraat 49  
3000 Leuven

*geeft de toestemming aan*

Vincent Cuypers

*om in onze instelling een implementatie- of onderzoeksproject uit te voeren in het kader van zijn/haar masterproef*

Meerwaarde en haalbaarheid van transmurale samenwerking rond zorgdoelstellingen in de oncologie, zoals ingeschat door zorgverleners in ziekenhuis en eerstelijns.

- wenst voorafgaandelijk contact met promotor \*
- wenst uitnodiging voor verdediging masterproef \*
- wenst exemplaar masterproef* \*

(graag elektronisch bezorgen via [Koen.Balcaen@uzleuven.be](mailto:Koen.Balcaen@uzleuven.be))

**Koen BALCAEN**  
Directeur Verpleegkunde en  
Patientenbegeleiding  
UZ LEUVEN

*handtekening(en)*

\* gelieve aan te kruisen wat van toepassing is



