Vroegtijdige of Voorafgaande Zorgplanning of VZP: Evaluatie van kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen bij huisartsen.

Ilse Callens, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Lieve Van den Block, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: Joni Gilissen, Vrije Universiteit Brussel

Annelien van Dael, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond — Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een dialoog tussen zorgverleners, de patiënt en zijn familie waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Er moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn bij de zorgverstrekker, de patiënt en zijn familie opdat vroegtijdige zorgplanning op een succesvolle manier in de praktijk zou kunnen worden gebracht. Het is noodzakelijk dat er voldoende kennis omtrent VZP aanwezig is bij de arts, patiënt en familie. De arts moet voldoende vertrouwen hebben in eigen kunnen. Het is belangrijk dat de zorgverleners een open en positieve attitude hebben over VZP. Het is van belang dat de voorkeuren voor zorgdoelen gekend zijn bij de familie van de patiënt en de zorgverlener. Het is noodzakelijk dat de gesprekken gedocumenteerd worden en dat deze informatie toegankelijk is voor alle zorgverstrekkers.

Doel — We onderzoeken in welke mate de huisarts vertrouwd is met het concept vroegtijdige zorgplanning door het evalueren van de voorafgaande ervaring met VZP, de algemene kennis van VZP, de attitudes over VZP en het vertrouwen in eigen kunnen bij het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning bij de huisartsen.

Methode — Er werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd aan de hand van een online-enquête bij de huisartsen in de regio's Zennevallei en Pajottenland. Het enige inclusiecriterium was betrokken zijn bij de zorg van minimaal 1 patiënt in een woonzorgcentrum.

Resultaat — Uit deze studie blijkt dat de huisartsen een ruime ervaring hebben met vroegtijdige zorgplanning. Ze geven blijk van een goede kennis over de definities, betekenis en juridische implicaties van de begrippen binnen het concept vroegtijdige zorgplanning, al schatten ze dat zelf zo niet in. Ze geven aan veel zelfvertrouwen te hebben in eigen kunnen met betrekking tot de meeste aspecten van het voeren van VZP-gesprekken. Het merendeel van de huisartsen documenteert gesprekken met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning in het elektronisch medisch dossier. Een derde van de huisartsen geeft aan dat het emotioneel belastend is om VZP-gesprekken te voeren.

Conclusie — Een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts in het proces van vroegtijdige zorgplanning. Dit vereist echter een adequate kennis over vroegtijdige zorgplanning, positieve attitudes en voldoende vertrouwen in eigen kunnen.

Inhoud

Dankwoord 1

1 Inleiding 2

2 Methoden 6

Onderzoeksdesign 6

Dataverzameling 6

Vragenlijst 7

Statistische analyse 8

Ethische goedkeuring 8

3 Resultaten 9

Voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning 10

Kennis over vroegtijdige zorgplanning 11

Attitudes over vroegtijdige zorgplanning 12

Vertrouwen in eigen kunnen 14

4 Discussie 16

Sterktes en zwaktes van het onderzoek 19

5 Besluit 20

Referentielijst 21

Bijlage 1: Studieprotocol 25

Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie 34

Dankwoord

Tijdens mijn eerste maand als huisarts in opleiding kreeg ik te maken met de plotse achteruitgang van de algemene toestand van een patiënte verblijvend in een RVT. Weinig ervaren als arts en onduidelijk wat haar wensen of die van de familie waren, werd mijn patiënte naar het ziekenhuis overgebracht om dezelfde dag naar het rusthuis teruggebracht te worden om er te overlijden. Deze ervaring heeft mij erg aangegrepen en het was voor mij dan ook vrij snel duidelijk dat ik mijn thesisonderzoek wou doen omtrent vroegtijdige zorgplanning.

Ik wil mijn promotor, Professor Lieve Van den Block, expert in het domein van vroegtijdige zorgplanning en zorg rond het levenseinde, bedanken voor het deskundig begeleiden van deze masterproef. Ook mijn co-promotoren Joni Gilissen en Annelien van Dael wil ik bedanken voor hun feedback en hulp bij mijn thesisonderzoek.

Mijn praktijkopleider Dr David Van Humbeeck en de overige collega's van het Artsenteam Borchtlombeek, wil ik bedanken voor de zeer leerrijke ervaring, de aanmoediging en het geschonken vertrouwen en de leuke werksfeer de voorbije 2 jaar. Bedankt David, Hilde, Gianni, Sara, Seppe en Joost!

Mijn collega's van de seminariegroep Sint-Pieters-Leeuw en de stagecoördinator Dr Peter Stegen wil ik graag bedanken voor de levendige discussies, de leerrijke momenten en de ontspanning tussendoor. Bedankt Peter, Caroline, Elien, Gianni, Louise, Marlies, Michael, Sophie, Tiffany, Veronika, Willem, Wouter, Anaïs, Annabel, Andreas, Sophie!

Mijn man en dochter wil ik bedanken voor hun steun, liefde en geduld. Jullie zijn mijn rots in de branding! Deze thesis draag ik op aan jullie.

Ilse Callens

1 Mei 2019

1 Inleiding

Een oudere patiënt die zich niet goed voelt en vervolgens zijn huisarts of de huisarts van wacht opbelt, kan soms leiden tot een hele cascade van gebeurtenissen: een ambulance wordt gebeld, de patiënt wordt naar het ziekenhuis gebracht, verschillende technische onderzoeken worden uitgevoerd en de patiënt wordt uiteindelijk in het ziekenhuis opgenomen. Hoewel de patiënt in het ziekenhuis in goede handen is, is het niet noodzakelijk de beste omgeving voor de patiënt omdat het mogelijks niet in overeenstemming is met zijn zorgwensen. Het exploreren van zijn wensen en voorkeuren met betrekking tot de zorgdoelen en de zorg aan het levenseinde kan door middel van *vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning*.

Vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning (VZP) als concept werd geïntroduceerd in de jaren ’90 en won nadien aan belang als gevolg van de groeiende aandacht voor de autonomie van de patiënt. In Vlaanderen worden de twee begrippen ‘voorafgaand’ en ‘vroegtijdig’ door elkaar gebruikt; er zijn voor- en tegenstanders van beide begrippen. In deze thesis gebruiken we het woord “vroegtijdig’.

De oorspronkelijke invulling van vroegtijdige zorgplanning betrof voornamelijk het voorafgaandelijk schriftelijk vastleggen of beperken van levensverlengende maatregelen zoals weigering van reanimatie, sondevoeding, vochttoediening, antibioticagebruik of kunstmatige beademing (1–5). Een frequent geformuleerde kritiek betrof de beperkte toepasbaarheid van deze verklaringen in specifieke situaties omtrent zorg aan het levenseinde en de discrepantie tussen de hypothetische situatie beschreven in de maatregelen en de klinische realiteit. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een uitbreiding van het concept vroegtijdige zorgplanning (6–8).

In de huidige consensusdefinitie van vroegtijdige zorgplanning wordt VZP gedefinieerd als het proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en één of meerdere zorgverleners, waaronder een arts, waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Deze zorgdoelen zijn gebaseerd op wat de patiënt waardeert als kwaliteitsvolle zorg en ze kunnen steeds aangepast worden aan de veranderende situatie van de patiënt. Ze kunnen richting geven aan de beslissingen omtrent de zorg aan het levenseinde op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is om zijn wil te uiten. Een essentieel onderdeel van de vroegtijdige zorgplanning betreft het schriftelijk vastleggen van de besproken zorgdoelen (1,2,9).

Het juridisch kader van VZP wordt in de Belgische context voorzien door de wet betreffende de rechten van de patiënt (10), de wet betreffende het recht op palliatieve zorg (11) en de euthanasie-

wetgeving (12). De wet betreffende de rechten van de patiënt garandeert voor elke patiënt een kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften (art. 5).

De patiënt heeft het recht om een vertegenwoordiger aan te stellen, dit is een meerderjarig persoon die de patiënt vertegenwoordigt op het moment dat hij zelf wilsonbekwaam is geworden (art. 14§1). De aanwijzing dient vooraf en schriftelijk te gebeuren. Voor patiënten die geen vertegenwoordiger hebben aangewezen kunnen hun rechten worden uitgeoefend door hun partner, kinderen, ouders, broers of zussen in deze volgorde. Als geen naaste verwante in de plaats van de patiënt kan of wil beslissen, zal de arts zelf de belangen van de patiënt behartigen en zelf beslissingen nemen over de medische behandeling. Dit zal ook het geval zijn wanneer er een conflict is tussen twee of meer vertegenwoordigers. Een onderscheid dient gemaakt te worden met een vertrouwenspersoon. Het belangrijkste verschil is dat een vertrouwenspersoon nooit namens een patiënt kan beslissen, maar deze enkel kan adviseren (13).

Schriftelijke wilsverklaringen zijn alle documenten waarmee iemand zijn wil te kennen geeft omtrent zijn toekomstige gezondheidszorg voor de situatie waarin hij zelf zijn wil niet meer kan uitdrukken (art. 15§2). In negatieve wilsverklaringen kunnen specifieke behandelingen door de patiënt worden geweigerd. De negatieve wilsverklaring is juridisch afdwingbaar, onbeperkt in de tijd geldig en kan te allen tijde door de patiënt aangepast worden (1,14). Een voorbeeld van een negatieve wilsverklaring is de 'voorafgaande negatieve wilsverklaring' of het zogenoemde Levenstestament. In een positieve wilsverklaring kan een patiënt aangeven welk zorgdoel hij nastreeft. Geen enkele positieve wilsverklaring is wettelijk bindend. Ze kunnen de arts wel helpen om beslissingen te nemen aan het levenseinde die overeenstemmen met de wil en de waarden van de patiënt. De patiënt kan echter geen medisch zinloze behandeling afdwingen. De voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie bij onomkeerbaar coma is een voorbeeld van een positieve wilsverklaring.

Vroegtijdige zorgplanning kan de tevredenheid over de geleverde zorg verbeteren, in het bijzonder de zorg aan het levenseinde omdat de wensen van de patiënt beter gekend zijn en gevolgd kunnen worden. Vroegtijdige zorgplanning geeft eveneens aanleiding tot minder hospitalisaties, minder gebruik van levensverlengende maatregelen en vermindert de gevoelens van stress, angst en depressie bij de patiënten en zijn naasten (1,15,16). Uit een retrospectief onderzoek bij Belgische huisartsen in 2007 bleek echter dat slechts bij een kwart van de overleden patiënten VZP-gesprekken hadden plaatsgevonden, en in slechts 8% van de gevallen werden de gesprekken ook schriftelijk vastgelegd (17). Frequent genoemde barrières voor het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning zijn

onvoldoende kennis van vroegtijdige zorgplanning in het algemeen en de juridische aspecten en terminologie in het bijzonder bij de patiënt en de huisartsen, onvoldoende ervaring en nood aan bijkomende training van communicatievaardigheden bij de huisartsen, het bepalen van het geschikte tijdstip voor VZP-gesprekken, en de houding dat patiënten het gesprek dienen te initiëren. Bevorderende factoren voor het voeren van VZP-gesprekken zijn voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning zowel bij patiënten als huisartsen en de aanwezigheid van reeds lang bestaande arts-patiënt relaties (18–23).

Om tegemoet te komen aan het gebrek aan kennis en ervaring bij huisartsen in het uitvoeren van VZP verschenen de voorbije jaren verschillende publicaties met huisartsen als doelpubliek. Het stappenplan voor de vroegtijdige bespreking ontwikkeld door M. Keirse in 2009 vormde een eerste aanzet (24). In 2015 verscheen de Belgische richtlijn vroegtijdige zorgplanning welke adviezen formuleert voor de praktische toepassing en het verloop van VZP bij de wilsbekwame volwassen patiënt. Deze richtlijn wordt door het Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM) aanbevolen voor gebruik in de klinische praktijk (1). In 2016 volgde er een specifieke richtlijn vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie (25,26).

Er moeten een aantal belangrijke voorwaarden vervuld zijn bij de zorgverstrekker, de patiënt en zijn familie opdat vroegtijdige zorgplanning op een succesvolle manier in de praktijk zou kunnen gebracht worden. In Gilissen et al. (2017) worden de noodzakelijke voorwaarden geïdentificeerd. Vroegtijdige zorgplanning is een vaardigheid, maar omvat ook veel kennis. Om de uitkomsten bij de patiënten of naasten te verbeteren is het noodzakelijk dat de zorgverstrekkers, evenals de patiënten en familie, voldoende kennis hebben over VZP, niet uitsluitend beperkt tot het wettelijk kader van VZP. Patiënten moet beschikken over informatie over hun aandoening, de behandelingsopties en het ziekteverloop. Zorgverleners moeten voldoende vertrouwen hebben in hun eigen kunnen en zich comfortabel voelen om het onderwerp vroegtijdige zorgplanning aan te brengen. Het is belangrijk dat zorgverleners een open en positieve attitude hebben over vroegtijdige zorgplanning. Het is van belang dat de voorkeuren voor zorgdoelen en levenseindezorg gekend zijn bij de familie van de patiënt en de zorgverlener. Tenslotte is het noodzakelijk dat de gesprekken gedocumenteerd worden en dat deze informatie toegankelijk is voor alle zorgverstrekkers (27).

In deze masterproef zal worden nagegaan in welke mate de huisarts vertrouwd is met het concept vroegtijdige zorgplanning. Meer specifiek zullen we aan de hand van een enquête de voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning, de algemene kennis van vroegtijdige zorgplanning, de

attitudes over vroegtijdige zorgplanning en het vertrouwen in eigen kunnen bij het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning evalueren.

2 Methoden

Onderzoeksdesign

In deze studie werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd aan de hand van een enquête bij alle huisartsen in de regio's Zennevallei en Pajottenland. Betrokken zijn als arts bij de zorg van minimaal 1 patiënt in een woonzorgcentrum was het enige inclusiecriterium. Stagiairs of studenten geneeskunde waren uitgesloten van deze studie.

Dataverzameling

Er werd getracht om alle huisartsen en HAIO's werkzaam in de regio's Zennevallei en Pajottenland te laten participeren aan het onderzoek. De verantwoordelijken van de wachtpost Zennevallei en van de eerstelijnszone Pajottenland werden via e-mail gecontacteerd met de vraag om de link van de online-enquête naar alle geregistreerde huisartsen door te sturen en om de onderzoeker te informeren over het aantal effectief gemailde leden.

In de begeleidende informatiebrief werd het doel van de studie uiteengezet evenals de volledige definitie van vroegtijdige zorgplanning weergegeven. "*Vroegtijdige zorgplanning (VZP) wordt gedefinieerd als het vrijwillig proces van overleg tussen de patiënt, de betrokken familie en de verschillende zorgverleners over de voorkeuren van zorg in de toekomst en op het einde van het leven voor het geval deze patiënt zou evolueren naar een toestand waarin hij niet meer in staat is om deze wensen zelf te uiten"* (1). Uit het kwantitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen van De Vleminck et al. uit 2014 bleek immers dat het begrip 'vroegtijdige zorgplanning' bij huisartsen vaak niet gekend is maar dat ze desalniettemin ervaring hadden met levenseindezorg gesprekken zonder het evenwel zo te benoemen (20). Participatie aan het onderzoek werd aangemoedigd door het garanderen van de anonimiteit.

Het onderzoek liep van 12 april 2019 tot en met 28 april 2019. Er werd een herinneringsmail gestuurd na 10 dagen.

Vragenlijst

De vragenlijst over kennis van vroegtijdige zorgplanning, attitudes over VZP en vertrouwen in eigen kunnen bij het voeren van gesprekken over VZP werd gebaseerd op een vragenlijst uit Australië door Detering et al. (28). Deze vragenlijst werd door de onderzoekers van de Zorg rond het Levenseinde onderzoeksgroep (VUB-UGent) en een vertalingsbureau forward-backward vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands en aangepast aan de Vlaamse zorgsetting en de Belgische wetgeving (10–12). De vragenlijst bestaat uit vier categorieën: voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning, kennis, attitude en vertrouwen in eigen kunnen bij het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning, zie Bijlage 1, Appendix A en B.

De voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning omvat acht items. Het peilt naar het wedervaren van de huisarts met VZP tijdens de voorbije 6 maanden, gaat na wie in de praktijk VZP aankaart en wie volgens de huisarts VZP zou moeten aankaarten en registreert tenslotte hoe de VZP-gesprekken worden gedocumenteerd.

De vragenlijst in verband met kennis over vroegtijdige zorgplanning bestaat uit tien stellingen die met ‘juist’, ‘niet juist’ of ‘ik ben niet zeker’ dienen beantwoord te worden. De stellingen betreffen de definitie, betekenis en juridische implicaties van de begrippen wettelijke vertegenwoordiger en wilsverklaringen.

De vragenlijst over attitudes over vroegtijdige zorgplanning bestaat uit acht vragen die beoordeeld worden door middel van een 5-punten Likert schaal met antwoordmogelijkheden ‘helemaal oneens’ (=0), ‘eerder oneens’, ‘neutraal’, ‘eerder eens’ en ‘helemaal eens’ (=5). Een ‘niet van toepassing’ optie is voorzien. In de vragenlijst wordt er gepeild naar hun visie over de rol van de huisarts bij het invullen en naleven van VZP-documenten en de kennis van de wensen van de patiënt met betrekking tot levenseindezorg bij de huisarts en de familie. Hun mening over de aanwezige kennis bij de patiënten over VZP wordt gevraagd. In de laatste vraag wordt de emotionele belasting die gepaard gaat met het voeren van VZP-gesprekken bevraagd.

De vragenlijst over vertrouwen in eigen kunnen bestaat uit acht vragen en wordt beantwoord aan de hand van een 10-punten Likert schaal met score 1 ‘zeer weinig zelfvertrouwen’ tot score 10 ‘zeer veel zelfvertrouwen’ en een ‘niet van toepassing’ categorie. Zelfvertrouwen met betrekking tot de verschillende stadia en competenties van vroegtijdige zorgplanning worden beoordeeld: het initiëren van VZP-gesprekken, het bespreken van de aandoening, het beantwoorden van vragen van de

patiënt en de familie, het tegemoetkomen aan de vooropgestelde zorgplanning en het beschikken over de nodige vaardigheden en kennis van wetgeving.

Demografische gegevens van de onderzochte populatie worden ook verzameld: geslacht, leeftijd, aantal jaren ervaring als huisarts, statuut (erkend/geaccrediteerd huisarts of HAIO), soort praktijk (solo-, duo-, groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum) en ligging van de praktijk (platteland of stedelijk gebied). Deze vragen werden door de huisarts in opleiding ontwikkeld.

Statistische analyse

De participatiegraad wordt berekend als de verhouding van het aantal volledig ingevulde vragenlijsten ten opzicht van het aantal verspreide vragenlijsten. Beschrijvende statistieken worden berekend en gepresenteerd onder de vorm van frequenties voor nominale data, en onder de vorm van medianen en interkwartielafstanden (IKA) voor categorische (Likert-schaal) data. Cronbach's alfa (Cronbach's α) werd berekend voor de vragenlijsten over attitudes en vertrouwen in eigen kunnen. De statistische analyses worden uitgevoerd in SPSS versie 25.

Ethische goedkeuring

Toestemming voor de studie werd gegeven door de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel en de Vrije Universiteit Brussel (B.U.N. 143201835762, 2019).

3 Resultaten

Van de 65 huisartsen die deelgenomen hebben aan het onderzoek, hebben er 58 de vragenlijst volledig ingevuld en zeven de vragenlijst onvolledig. Enkel volledig ingevulde enquêtes werden opgenomen in de analyse, wat neerkomt op een participatiegraad van 31.5%. Er was een evenwichtige verdeling tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten, jongere en oudere huisartsen. Nagenoeg de helft van de participanten had minder dan vijf jaar ervaring, een derde had echter meer dan 30 jaar ervaring als arts, de jaren als HAIO of HIBO meegeteld. Een derde is werkzaam als solo-arts, iets minder dan de helft van de huisartsen werkt in een groepspraktijk. Een kleine minderheid werkt in een wijkgezondheidscentrum. Een gedetailleerde samenvatting van de demografische gegevens kan gevonden worden in Tabel 1.

Tabel 1: Demografische gegevens van de respondenten (n=58)

Kenmerk	%	(n)
Geslacht		
Man	55.2	(32)
Vrouw	44.8	(26)
Leeftijd (jaren)		
< 40	44.8	(26)
40-55	17.2	(10)
> 55	37.9	(22)
Statuut		
Erkend of geaccrediteerd huisarts	86.2	(50)
HAIO	13.8	(8)
Ervaring als huisarts (jaren)		
< 5	41.4	(24)
5-10	3.4	(2)
11-20	13.8	(8)
21-30	6.9	(4)
> 30	34.5	(20)
Soort praktijk		
Solopraktijk	34.5	(20)
Duopraktijk	13.8	(8)
Groepspraktijk	44.8	(26)
Wijkgezondheidscentrum	6.9	(4)
Ligging praktijk		
Platteland	58.6	(34)
Stedelijk gebied	41.4	(24)

Voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning

Driekwart van de huisartsen heeft de voorbije zes maanden minstens één gesprek over vroegtijdige zorgplanning geïnitieerd (74.1%), een wilsverklaring opgemaakt met een patiënt (70.6%) en voor een patiënt met een wilsverklaring gezorgd (77.6%). Minder dan de helft van de huisartsen (44.8%) trad de afgelopen zes maanden op als getuige bij de opmaak van een wilsverklaring. Een kwart van de huisartsen (25.9%) geeft aan behandelingen of zorg waargenomen te hebben die niet in overeenstemming waren met de wensen van de patiënt.

Volgens de huisartsen worden nagenoeg de helft van de gesprekken (41.4%) over vroegtijdige zorgplanning geïnitieerd door de patiënt of zijn familie, een derde door de huisartsen (36.2%) en minder dan een vijfde (19.1%) door een verpleegkundige. De helft van de huisartsen (51.7%) is echter van mening dat het initiatief van hen zou moeten uitgaan, terwijl dat een derde (32.8%) gelooft dat de patiënt of zijn familie het gesprek dient te initiëren. Negen respondenten (15.5%) menen dat het niet een of-of- maar eerder een en-en-verhaal zou moeten zijn, het initiatief mag uitgaan van huisartsen, verpleegkundigen en patiënten.

De helft van de huisartsen (58.6%) documenteert de VZP-gesprekken in het elektronisch medisch dossier, een minderheid (10.6%) maakt gebruik van een formeel voorafgaand zorgplannings-document of een combinatie van beide (17.6%). Een kleine minderheid (10.3%) van de huisartsen geeft aan de VZP-gesprekken niet te documenteren.

Er kon geen statistisch significant verschil aangetoond worden tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, tussen jongere en oudere artsen, of tussen minder en meer ervaren artsen voor wat betreft de verschillende items van voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning.

Tabel 2: Huisartsen (n=58) hun voorafgaande ervaring met vroegtijdige zorgplanning

Vraag	%	(n)
1. Initieerde een gesprek over VZP	74.1	(43)
2. Heeft een wilsverklaring opgemaakt met een patiënt	70.6	(41)
3. Is als getuige opgetreden bij de opmaak van een wilsverklaring	44.8	(26)
4. Heeft voor een patiënt met een wilsverklaring gezorgd	77.6	(45)
5. Heeft behandelingen of zorg waargenomen die niet in overeenstemming waren met de wensen van de patiënt	25.9	(15)
6. Wie initieert meestal het gesprek over vroegtijdige zorgplanning, achteruitgang van de gezondheid en/of levenseindezorg?		
Huisarts	36.2	(21)

Verpleegkundige	19.0	(11)
Patiënt/familie	41.4	(24)
Overige (nader te specifiëren)	3.4	(2)
7. Wie moet volgens u een gesprek over vroegtijdige zorgplanning initiëren?		
Huisarts	51.7	(30)
Patiënt/familie	32.8	(19)
Overige (nader te specifiëren)	15.5	(9)
8. Hoe worden gesprekken over vroegtijdige zorgplanning meestal gedocumenteerd in uw praktijk?		
Elektronisch dossier	58.6	(34)
Papieren dossier/notities	3.4	(2)
Formeel voorafgaand zorgplanningsdocument	10.3	(6)
Niet gedocumenteerd	10.3	(6)
Overige (nader te specifiëren)	17.2	(10)

Kennis over vroegtijdige zorgplanning

Een ruime meerderheid van de artsen (79.3%) beantwoordt minstens vijf van de acht stellingen op een correcte manier. Er kon geen statistisch significant verschil aangetoond worden tussen mannen en vrouwen, tussen jongere en oudere artsen noch tussen minder en meer ervaren artsen.

De meerderheid van de artsen beantwoordt de stellingen met betrekking tot de definitie en taken van een wettelijke vertegenwoordiger op een correcte manier (65.5%-82.8%). Slechts de helft van de huisartsen (58.6%) is op de hoogte van het feit dat een wilsverklaring geen absolute vereiste is voor het respecteren van de wensen met betrekking tot het levenseinde. Twee derde van de huisartsen (70.7%) denkt verkeerdelijk dat naasten geen behandelingen mogen weigeren in plaats van een wilsonbekwame patiënt. Het feit dat een arts niet kan verplicht worden om agressieve levensreddende behandelingen uit te voeren onafhankelijk van het potentieel succes of potentiële voordelen, louter omdat de patiënt of familie erom vraagt, is gekend bij twee derde van de huisartsen (68.9%). In Tabel 3 worden de resultaten in detail weergegeven.

Tabel 3: Kennis van huisartsen (n=58) over vroegtijdige zorgplanning

Stelling[#]	Juist		Niet juist		Ik ben niet zeker	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
1. Een persoon heeft een schriftelijke neerslag van VZP nodig alvorens zijn wensen mbt het levenseinde kunnen gevolgd worden? *Niet juist*	19.0	(11)	**58.6**	**(34)**	22.4	(13)
2. Een schriftelijke neerslag stelt een persoon in staat zijn wensen mbt gezondheidszorg te communiceren voor het geval hij zijn wilsbekwaamheid verliest in de toekomst. *Juist*	**74.1**	**(43)**	8.6	(5)	17.2	(10)
3. Een wettelijke vertegenwoordiger heeft de bevoegdheid om beslissingen te nemen mbt de gezondheidszorg voor een persoon wanneer deze dat zelf niet kan. *Juist*	**82.8**	**(48)**	3.4	(2)	13.8	(8)
4. Een persoon kan alleen een familielid aanduiden als zijn wettelijke vertegenwoordiger. *Niet juist*	12.1	(7)	**79.3**	**(46)**	8.6	(5)
5. Wanneer een arts getuige is van het aanstellen van een wettelijk vertegenwoordiger, bevestigen ze dat die persoon wilsbekwaam is en het belang en de implicaties begrijpt. *Juist*	**65.5**	**(38)**	15.5	(9)	19.0	(11)
6. Patiënten kunnen een negatieve wilsverklaring invullen die aan artsen duidelijk maakt dat ze bepaalde behandelingen willen weigeren of wensen stop te zetten, waaronder het kunstmatig toedienen van vocht en voeding. *Juist*	**87.9**	**(51)**	3.4	(2)	8.6	(5)
7. Een naaste kan behandelingen weigeren in plaats van een wilsonbekwame persoon. *Juist*	**29.3**	**(17)**	39.6	(23)	31.0	(18)
8. Een arts is verplicht om agressieve levensreddende behandelingen uit te voeren als de patiënt of familie erom vraagt, onafhankelijk van het potentieel succes of potentiële voordelen van die behandelingen. *Niet juist*	19.0	(11)	**68.9**	**(40)**	12.1	(7)

Het juiste antwoord staat cursief weergegeven na de stelling.

Attitudes over vroegtijdige zorgplanning

Cronbach's alfa is gelijk aan 0.55 voor de oorspronkelijke vragenlijst over attitudes met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning. Na het elimineren van de vragen over het recht op zelfbeschikking bij niet-terminale patiënten (vraag 1) en de vraag met betrekking tot het informeren van patiënten over

hun aandoening en de behandelopties (vraag 6) wordt Cronbach's alfa voor de aangepaste vragenlijst gelijk aan 0.67. Dit is de best mogelijke waarde voor Cronbach's alfa voor deze vragenlijst. In de verdere analyses wordt desalniettemin rekening gehouden met alle tien items uit de oorspronkelijke vragenlijst.

Het is voor de meeste huisartsen (82.8%) evident dat ze actief betrokken moeten zijn bij het helpen van patiënten om een VZP-document voor te bereiden, onder andere door hen te informeren over hun aandoening en alternatieve behandelopties (score ≥ 4). Twee derde van de huisartsen (69.0%) is de mening toegedaan dat patiënten doorgaans niet genoeg weten over gezondheidszorg om een VZP-document voor te bereiden. De meningen over het feit dat de informatie in een VZP-document op zich voldoende is om de zorg te sturen, lopen uiteen: de helft (51.7%) vindt dat de informatie ontoereikend is, terwijl dat een derde van de artsen (37.9%) van mening is dat de informatie voldoende is om de zorg te sturen.

Driekwart van de artsen (75.9%) geven aan meestal onvoldoende op de hoogte te zijn van de wensen van hun patiënten met betrekking tot levenseindezorg zonder een gesprek te voeren over vroegtijdige zorgplanning of het opmaken van een wilsverklaring (score ≤ 2). Volgens 69.0% van de huisartsen is de familie net zomin op de hoogte van de wensen van de patiënt hieromtrent.

Voor een ruime meerderheid van de huisartsen (87.9%) is het vanzelfsprekend dat ze moeten tegemoetkomen aan de wensen van de patiënt, zelfs als dat niet in overeenstemming is met de wensen van de familie. Voor meer dan de helft van de huisartsen (69.0%) is het evenmin aanvaardbaar om de richtlijnen in een VZP-document van een patiënt te negeren of te verwerpen, ondanks het feit dat bepaalde behandelingen nog gunstig kunnen zijn.

Een derde van de huisartsen (31.0%) geeft aan het emotioneel belastend te vinden om een VZP-gesprek te voeren. Tabel 4 geeft de resultaten in detail weer.

Tabel 4: Attitudes van huisartsen (n=58) over vroegtijdige zorgplanning

Stelling	Mediaan (IKA)
1. Patiënten die wilsbekwaam en niet terminaal ziek zijn, zouden het recht moeten hebben om behandelingen te weigeren, zelfs indien deze beslissing tot de dood kan leiden.	4 (1)
2. Meestal weten patiënten niet genoeg over gezondheidszorg om een VZP	4 (2)

document voor te bereiden.	
3. Artsen moeten tegemoetkomen aan de wensen van de patiënt, ook al is dat niet in overeenstemming met de wensen van de familie.	4 (1)
4. Artsen moeten actief betrokken zijn bij het helpen van patiënten om een VZP document te vervolledigen.	4 (2)
5. Artsen zouden het VZP document van een patiënt moeten negeren of verwerpen als ze denken dat bepaalde behandelingen nog gunstig kunnen zijn.	2 (2)
6. Artsen moeten patiënten helpen informeren over hun aandoening en alternatieve behandelopties bij het voorbereiden van een VZP document	5 (1)
7. Artsen zijn meestal op de hoogte van de wensen van hun patiënten mbt levenseindezorg zonder gesprek of een formele schriftelijke neerslag.	2 (1)
8. De informatie in een VZP document is voldoende om de zorg te sturen.	3 (2)
9. Familieleden zijn meestal op de hoogte van de wensen van de patiënt mbt levenseindezorg	3 (2)
10. Het is emotioneel belastend om patiënten te helpen met het invullen van een VZP document.	4 (2)

IKA = interkwartielafstand

Antwoordcategorieën: 5-punten Likert schaal

Vertrouwen in eigen kunnen

Cronbach's alfa voor de vragenlijst over vertrouwen in eigen kunnen met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning is gelijk aan 0.95. Een betere waarde voor Cronbach's alfa door middel van het verwijderen van vragen is niet mogelijk noch wenselijk.

De bevraagde huisartsen geven aan dat ze veel zelfvertrouwen (score ≥ 7) hebben in eigen kunnen met betrekking tot de meeste facetten van de vroegtijdige zorgplanning: het beschikken over vaardigheden om vroegtijdige zorgplanning te bespreken, het initiëren van de VZP-gesprekken, het bespreken van de aandoening en de behandelingsopties, het beantwoorden van vragen van de patiënt en de familie over vroegtijdige zorgplanning en het tegemoetkomen aan de eigenlijke zorgplanning van de patiënt. De artsen hebben minder zelfvertrouwen (score ≤ 5) in hun kennis van de wetgeving omtrent vroegtijdige zorgplanning.

Tabel 5: Huisartsen (n=58) hun vertrouwen in eigen kunnen mbt vroegtijdige zorgplanning

Mate van zelfvertrouwen in eigen kunnen mbt	Mediaan (IKA)
1. het initiëren van een gesprek over vroegtijdige zorgplanning met patiënten	7 (3)
2. het bespreken van de aandoening en behandelingsopties met een patiënt in relatie tot vroegtijdige zorgplanning	6 (3)
3. het beschikken over vaardigheden om vroegtijdige zorgplanning te bespreken	7 (3)
4. het begrijpen van de rol van een wettelijke vertegenwoordiger	7 (3)
5. het beantwoorden van vragen van patiënten over de vroegtijdige zorgplanning	7 (3)
6. het beantwoorden van vragen van de familie over de vroegtijdige zorgplanning	7 (3)
7. het tegemoetkomen aan de vroegtijdige zorgplanning van de patiënt	7 (3)
8. het kennen van de wetgeving over vroegtijdige zorgplanning	5 (2)

IKA = interkwartielafstand
Antwoorden: 10-punten Likert schaal

4 Discussie

Deze studie betreft een cross-sectionele studie met als doel het evalueren van de voorafgaande ervaring met, de algemene kennis van en de attitudes over vroegtijdige zorgplanning en het vertrouwen in eigen kunnen bij het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning bij huisartsen in de regio's Pajottenland en Zennevallei.

Uit deze studie blijkt dat het merendeel van de huisartsen een ruime ervaring heeft met de verschillende aspecten van vroegtijdige zorgplanning en de voorbije zes maanden minstens één VZP-gesprek heeft gevoerd. Hieruit kan echter niet afgeleid worden bij hoeveel patiënten noch bij welke indicaties de huisartsen een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning voeren. Het geeft ook geen inzage in de inhoud noch de kwaliteit van het gesprek. Uit de bevraging bij Vlaamse huisartsen in 2016 door Scholten et al. bleek dat het merendeel van de huisartsen in het voorafgaande jaar minder dan vijf wilsverklaringen hadden opgemaakt (29). Anderzijds is een wilsverklaring niet de enige mogelijke uitkomst van een VZP-gesprek en daarom evenmin een goede parameter voor het werkelijk aantal gevoerde VZP-gesprekken. Hieruit blijkt evenmin hoe huisartsen het concept vroegtijdige zorgplanning implementeren in de praktijk. Uit de kwantitatieve studie bij Vlaamse huisartsen van De Vleminck et al. (2012), dus voor het verschijnen van de Belgische richtlijn 'Vroegtijdige Zorgplanning', bleek al dat de vlag lang niet altijd dezelfde lading dekt (30).

Deze studie heeft aangetoond dat het initiatief tot het voeren van gesprekken omtrent vroegtijdige zorgplannen in de helft van de gevallen uitgaat van de patiënt, terwijl de helft van de huisartsen gelooft dat het initiatief bij hen zou moeten liggen. Een derde van de huisartsen blijft er desalniettemin van overtuigd dat het initiatief van de patiënt of zijn familie dient te komen. Een groot aantal studies heeft aangetoond dat hoewel patiënten verkiezen dat de huisarts het gesprek over vroegtijdige zorgplanning initieert, in de praktijk het initiatief vaak uitgaat van de patiënt of diens familie (8,18,20,21,30,31). In deze studie werd voor het eerst een lichte verbetering vastgesteld. Dit kan mogelijks voor een deel toegeschreven worden aan het verschijnen van de Belgische richtlijn 'Vroegtijdige Zorgplanning' in 2015 waarin het belang van het initiëren van VZP door de huisarts in plaats van door de patiënt sterk wordt benadrukt. De laatste jaren is er ook sprake van een toegenomen aandacht voor vroegtijdige zorgplanning, onder andere door het aanbieden van specifieke workshops onder de vorm van een LOK-sessie via Domus Medica.

De helft van de huisartsen in de studie gaven aan de VZP-gesprekken te documenteren in het elektronisch medisch dossier. Dit is een sterke vooruitgang ten opzichte van een bevraging in 2012 toen het documenteren van VZP-gesprekken door huisartsen quasi nooit werd vermeld (30). Dit kan deels verklaard worden door de verplichting voor huisartsen tot het hebben van een elektronisch patiëntendossier sinds 2018, wat één van de maatregelen was van het Actieplan eGezondheid 2013-2018 van het RIZIV (32). Het voordeel van het registreren van een neerslag in het patiëntendossier is de toegankelijkheid voor de arts en de eventuele collega's van de groepspraktijk. Het samenvatten en registreren van VZP-gesprekken in eHealth-toepassingen voor het uitwisselen van informatie tussen zorgverstrekkers onderling zoals SumEHRs (summarized eHealth Records) is daarentegen nog niet ingeburgerd waardoor de communicatie met betrekking tot patiëntenvoorkeuren over zorgdoelen en wensen in verband met levenseindezorg naar andere zorgverleners, in het bijzonder in urgente situaties zoals met de huisarts van wacht of spoedgevallen-diensten nog steeds moeizaam verloopt (18,33,34).

De definities, betekenis en juridische implicaties van de begrippen binnen het wettelijke kader van het concept vroegtijdige zorgplanning blijken op zich vrij goed gekend te zijn bij de huisartsen. Een ruime meerderheid van de huisartsen beantwoordt het merendeel van de stellingen correct. Anderzijds blijkt slechts de helft van de huisartsen op de hoogte van het feit dat een wilsverklaring geen absolute vereiste is voor het respecteren van de wensen van de patiënt. Twee derden denkt verkeerdelijk dat naasten geen behandelingen mogen weigeren in plaats van een wilsonbekwame patiënt. Al kan dat ook liggen aan de vage omschrijving van het woord 'naasten'. Zelf hebben de artsen minder vertrouwen in hun kennis van de wetgeving omtrent vroegtijdige zorgplanning. Voor artsen blijft de wetgeving een complexe materie, waarin ze geen formele opleiding hebben genoten en ze toch vaak het eerste aanspreekpunt zijn om hun patiënten hierin wegwijs te maken. Uit een onderzoek met gelijkaardig opzet bij Australische huisartsen bleek dat ze voornamelijk vragende partij waren voor een training rond de wetgeving en juridische implicaties van de verschillende begrippen omtrent vroegtijdige zorgplanning (35).

De huisartsen in de studie geven aan het meeste zelfvertrouwen te hebben betreffende de nodige vaardigheden, het initiëren, het bespreken van de aandoening, het beantwoorden van vragen van de patiënt en zijn familie en finaal het tegemoetkomen aan de eigenlijke zorgplanning. Dit is een verrassend resultaat. Uit een kwantitatief onderzoek bij Vlaamse huisartsen in 2012 werd het gebrek aan vaardigheden voor het uitvoeren van vroegtijdige zorgplanning, het initiëren van een VZP-gesprek en het gebrek aan kennis over behandelingsopties en ziekteverloop van de aandoening nog genoemd als belangrijke barrières voor het voeren van VZP-gesprekken (20). Ook in buitenlandse

studies gaven artsen aan dat ze onwillig waren om gesprekken omtrent levenseindezorg te voeren en zich hierbij oncomfortabel en onvoorbereid voelen (8,15,36,37). Mogelijk speelt het verschijnen van de Belgische richtlijn 'Vroegtijdige Zorgplanning' een rol in deze hoge mate van zelfvertrouwen. Al kan het overschatten van het zelfvertrouwen en het verschil met de klinische praktijk ook niet volledig worden uitgesloten. Een andere mogelijke verklaring is een selectiebias veroorzaakt door de deelname van huisartsen die reeds vertrouwd zijn met het concept vroegtijdige zorgplanning en hierdoor meer vertrouwen hebben in hun eigen kunnen. In de studie van Snyder et al. werd een positieve correlatie aangetoond tussen het zelf gerapporteerde zelfvertrouwen en het feitelijk initiëren van VZP-gesprekken (22).

De huisartsen in deze studie zijn van mening dat ze moeten tegemoetkomen aan de wensen van de patiënt, zelfs als dat niet in overeenstemming is met de wensen van de familie. De loyaliteit van de huisarts ligt bij de patiënt en zo zou het ook moeten zijn. Eén de kerncompetenties van artsen, zoals beschreven in het referentiekader van CanMeds, is deze van health advocate, wat impliceert dat de arts prioritair aandacht besteedt aan de belangen van de patiënt (38). De rol van de familie bij het voeren van gesprekken omtrent vroegtijdige zorgplanning is complex. Familie wordt frequent vermeld als barrière in het voeren van VZP-gesprekken, in het bijzonder in het geval van reeds langer bestaande familiale conflicten (18,39). Andere auteurs argumenteren dan weer dat een patiënt niet onafhankelijk beschouwd kan worden van zijn familie of naasten en dat vroegtijdige zorgplanning meer ingebed dient te worden in een breder overleg, wat in betere overeenstemming is met de feitelijke realiteit, en niet zozeer opgevat dient te worden als een individuele uiting van een wilsverklaring (40,41).

Uit de studie blijkt dat de huisartsen (correct) inschatten dat ze meestal onvoldoende op de hoogte zijn van de wensen van de patiënt met betrekking tot levenseindezorg zonder het voeren van een VZP-gesprek, net zomin als de familie dat volgens hen is. Het Belgisch gezondheidszorgsysteem evenals de opleiding van de artsen is in de eerste plaats gericht op levensverlengende maatregelen tenzij de patiënt actief kiest voor het weigeren van deze levensverlengende maatregelen. Als artsen geen gesprekken voeren met de patiënt over diens voorkeuren en wensen met betrekking tot zorgdoelen en levenseindezorg kan hij inderdaad niet in handelen in overeenstemming met diens wensen. Het is geruststellend dat artsen zich hiervan bewust zijn.

Uit deze studie blijkt voor het eerst dat een derde van de bevraagde huisartsen het voeren van VZP-gesprekken als emotioneel belastend ervaart. Dit fenomeen was tot op heden onderbelicht. Het effect van vroegtijdige zorgplanning werd beschouwd vanuit het standpunt van de patiënt en leidt bij

hen tot het verbeteren van de tevredenheid over de geleverde zorg en het verminderen van de gevoelens van angst, stress en depressie (1,7,42). Een specifieke training omtrent vroegtijdige zorgplanning kan de huisarts leren hiermee beter om te gaan. Uit het onderzoek van Fulmer et al. bij 736 Amerikaanse artsen, zowel huisartsen als specialisten, gaf de helft van de artsen aan dat ze VZP-gesprekken meer veeleisend dan belonend vonden, interessant genoeg was het omgekeerde het geval bij artsen die een specifieke training omtrent vroegtijdige zorgplanning hadden gevolgd (43). Ook Detering et al. toonden aan dat het voeren van VZP-gesprekken na het volgen van een training significant minder als belastend werd ervaren (28).

Een bijkomend argument voor het volgen van een specifieke training omtrent vroegtijdige zorgplanning vinden we in het Nederlands en Duits onderzoek bij huisartsen door respectievelijk Glaudemans et al. (2018) en Schnakenberg et al. (2018). Uit hun onderzoek bleek dat artsen die een specifieke training hadden gevolgd of het onderwerp vroegtijdige zorgplanning op regelmatige basis bespraken tijdens overlegmomenten met *peers*, meer proactief waren met betrekking tot het voeren van VZP-gesprekken (44,45). Glaudemans et al. breekt de lans voor het voeren van VZP-gesprekken op een systematische manier in plaats van ad hoc, en voor alle oudere patiënten, niet enkel voor ernstig zieke patiënten (46,47).

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Bij ons weten betreft dit het eerste onderzoek bij een beperkte groep huisartsen dat peilt naar kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning. Eerdere studies waren meestal gericht op de barrières bij het voeren van VZP-gesprekken, in deze studie wordt de eigenlijke praktijk bestudeerd.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De steekproef is niet representatief voor de populatie van de Vlaamse huisartsen. Het onderzoek werd slechts in één regio uitgevoerd en had bovendien te kampen met een zeer lage responsgraad. Door het verspreiden van een enquête met als titel ‘vroegtijdige zorgplanning’ bestaat het risico dat vooral artsen met een zekere interesse in of voorafgaande kennis van vroegtijdige zorgplanning deelnemen, wat een selectiebias introduceert. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de resultaten een vertekening vormen van de werkelijkheid. De zelf gerapporteerde ervaring met vroegtijdige zorgplanning kan hoger zijn dan wat men verwacht bij de gemiddelde Vlaamse huisarts. Het is waarschijnlijk dat de resultaten van de kennistest beter zijn dan wat men zou verwachten bij de algemene populatie. Het zelf gerapporteerde vertrouwen in

eigen kunnen over vroegtijdige zorgplanning kan omwille van dezelfde reden hoger ingeschat worden dan wat men zou verwachten. Een andere tekortkoming bevindt zich in de vragenlijst over de kennis van VZP: het was interessanter geweest om de bevraging over kennis van VZP vanuit verschillende invalshoeken te benaderen in plaats van de vragenlijst te beperken tot het wettelijk kader van VZP.

5 Besluit

Een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts in het proces van vroegtijdige zorgplanning. Dit vereist echter een adequate kennis over vroegtijdige zorgplanning, positieve attitudes en voldoende vertrouwen in eigen kunnen. Uit deze studie blijkt dat de huisartsen een goede kennis hebben over de definities, betekenis en juridische implicaties van de begrippen binnen het concept vroegtijdige zorgplanning, al schatten ze dat zelf zo niet in. Ze geven aan veel zelfvertrouwen te hebben in eigen kunnen met betrekking tot de meeste aspecten van het voeren van VZP-gesprekken. Mogelijks speelt onder andere het verschijnen van de Belgische richtlijn 'Vroegtijdige Zorgplanning' hierin een rol. Het merendeel van de huisartsen documenteert gesprekken met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning in het elektronisch medisch dossier. Een derde van de huisartsen geeft aan dat het emotioneel belastend is om VZP-gesprekken te voeren. Het volgen van een specifieke training omtrent vroegtijdige zorgplanning kan hieraan verhelpen.

Referentielijst

1. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen; 2015.

2. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543–51.

3. Otte IC, Elger B, Jung C, Bally KW. The utility of standardized advance directives: the general practitioners' perspective. Med Heal Care Philos. 2016;19(2):199–206.

4. Schrijvers D, Cherny NI. ESMO Clinical practice guidelines on palliative care: advanced care planning. Ann Oncol. 2014;25(Supplement 3):iii138–42.

5. Bomba PA, Kemp M, Black JS. POLST: an improvement over traditional advance directives. Clevel Clin J Med. 2012;79(7):457–64.

6. Vearrier L. Failure of the current advance care planning paradigm: advocating for a communications-based approach. HEC Forum. 2016;28(4):339–54.

7. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med. 2014;28(8):1000–25.

8. Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med. 2014;174(12):1994–2003.

9. Cantor MD, Pearlman RA. Advance Care Planning in Long-Term Care Facilities. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(2):101–8.

10. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22-8-2002. Belgisch Staatsblad.

11. Aelvoet M, Verwilghen M. Wet betreffende de palliatieve zorg. 26-10-2002. Belgisch Staatsblad.

12. Verwilghen M. Wet betreffende de euthanasie. 28-5-2002. Belgisch Staatsblad.

13. Schoonacker M, Louckx F. De wet op de patiëntenrechten: kennis, toepassing en attitudes bij beroepsbeoefenaars. Vlaams Patiëntenplatform, i.o.v. FOD Volksgezondheid, i.s.m. Vrije Universiteit Brussel; 2006.

14. Van Wesemael Y. Wegwijs in voorafgaande zorgplanning. Expertisecentrum Waardig Levenseinde; 2016.

15. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. Postgrad Med J. 2016;92(1090):466–70.

16. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(7):477–89.

17. Meeussen K, Van den Block L, Echteld M, Bossuyt N, Bilsen J, Van Casteren V, et al. Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel

networks of general practitioners. J Pain Symptom Manage. 2011;42(4):565–77.

18. Hemsley B, Meredith J, Bryant L, Wilson NJ, Higgins I, Georgiou A, et al. An integrative review of stakeholder views on Advance Care Directives (ACD): barriers and facilitators to initiation, documentation, storage, and implementation. Patient Educ Couns. 2019;

19. Tilburgs B, Vernooij-Dassen M, Koopmans R, van Gennip H, Engels Y, Perry M. Barriers and facilitators for GPs in dementia advance care planning: A systematic integrative review. PLoS One. 2018;13(6):e0198535.

20. De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, Deschepper R, Houttekier D, Van Audenhove C, et al. Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences. PLoS One. 2014;9(1):e84905.

21. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2013;31(4):215–26.

22. Snyder S, Hazelett S, Allen K, Radwany S. Physician knowledge, attitude and experience with advance care planning, palliative care and hospice: results of a primary care survey. Am J Hosp Palliat Med. 2012;30(5):419–24.

23. Frost DW, Cook DJ, Heyland DK, Fowler RA. Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: a systematic review. Crit Care Med. 2011;39(5):1174–89.

24. Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen; 2009.

25. Albers G, Piers R, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, et al. Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie - een richtlijn. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen; 2016.

26. Piers R, Albers G, Gilissen J, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. BMC Palliat Care. 2018;17(1):88.

27. Gilissen J, Pivodic L, Smets T, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, et al. Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2017;66:47–59.

28. Detering K, Silvester W, Corke C, Milnes S, Fullam R, Lewis V, et al. Teaching general practitioners and doctors-in-training to discuss advance care planning: evaluation of a brief multimodality education programme. BMJ Support Palliat Care. 2014;4(3):313–21.

29. Scholten G, Bourguignon S, Delanote A, Vermeulen B, Van Boxem G, Schoenmakers B. Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care. BMC Med Ethics. 2018;19(1):58.

30. De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, Houttekier D, Vander Stichele R, Deliens L. How do general practitioners conceptualise advance care planning in their practice? A qualitative study. PLoS One. 2016;11(4):e0153747.

31. Brazil K, Carter G, Galway K, Watson M, van der Steen JT. General practitioners perceptions on

advance care planning for patients living with dementia. BMC Palliat Care. 2015;14(1):14.

32. RIZIV. https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/roadmap-30.

33. Dillon E, Chuang J, Gupta A, Tapper S, Lai S, Yu P, et al. Provider perspectives on advance care planning documentation in the electronic health record: the experience of primary care providers and specialists using advance health-care directives and physician orders for life-sustaining treatment. Am J Hosp Palliat Med. 2017;34(10):918–24.

34. Howard M, Bernard C, Klein D, Elston D, Tan A, Slaven M, et al. Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care. Can Fam Physician. 2018;64(4):e190–8.

35. Cartwright C, Montgomery J, Rhee J, Zwar N, Banbury A. Medical practitioners' knowledge and self-reported practices of substitute decision making and implementation of advance care plans. Intern Med J. 2014;44(3):234–9.

36. Ganguli I, Chittenden E, Jackson V, Kimball AB. Survey on clinician perceptions and practices regarding goals of care conversations. J Palliat Med. 2016;19(11):1215–7.

37. Sharp T, Malyon A, Barclay S. GPs' perceptions of advance care planning with frail and older people: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2018;68(666):e44–53.

38. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds-e. 2009.

39. Fanta L, Tyler J. Physician perceptions of barriers to advance care planning. South Dakota Med. 2017;70(7):303–9.

40. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. Psychooncology. 2016;25(4):362–86.

41. Rhee JJ, Zwar NA, Kemp LA. Why are advance care planning decisions not implemented? Insights from interviews with Australian general practitioners. J Palliat Med. 2013;16(10):1197–204.

42. Dingfield LE, Kayser JB. Integrating advance care planning into practice. Chest. 2017;151(6):1387–93.

43. Fulmer T, Escobedo M, Berman A, Koren MJ, Hernández S, Hult A. Physicians' views on advance care planning and end-of-life care conversations. J Am Geriatr Soc. 2018;66(6):1201–5.

44. Glaudemans JJ, de Jong AE, Onwuteaka Philipsen BD, Wind J, Willems DL. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. Fam Pract. 2018;36(2):219–24.

45. Schnakenberg R, Radbruch L, Kersting C, Frank F, Wilm S, Becka D, et al. More counselling for end-of-life decisions by GPs with own advance directives: a postal survey among German general practitioners. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):131–7.

46. Glaudemans JJ, Moll van Charante E, Wind J, Oosterink JJ, Willems DL. Experiences with approaches to advance care planning with older people: a qualitative study among Dutch general practitioners. BMJ Open. 2018;8(11):e024762.

47. Glaudemans JJ, Moll van Charante EP, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. Fam Pract. 2015;32(1):16–26.

Bijlage 1: Studieprotocol

1. Doel

- Het testen van een vragenlijst voor het evalueren van '*kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen'* over voorafgaande zorgplanning (VZP) bij Vlaamse huisartsen, om te evalueren of deze vragenlijst betrouwbaar is.
- Nagaan in welke mate de kennis, attitudes en zelfvertrouwen bij de huisartsen worden beïnvloed door het volgen van een specifieke training rond vroegtijdige zorgplanning.

2. Methode

2.1 Testen van de vragenlijst

Het betreft een vragenlijst over kennis van vroegtijdige zorgplanning (VZP), attitudes over VZP en vertrouwen in eigen kunnen bij het voeren van gesprekken over VZP. Deze vragenlijst werd ontwikkeld in Australië (Detering et al., 2014) [1], door de onderzoekers van de *Zorg rond het Levenseinde* onderzoeksgroep (VUB) en een vertalingsbureau forward-backward vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands en aangepast aan de Vlaamse zorgsetting en de Belgische wetgeving (cfr Wet op Patiëntenrechten, 2002).

De aangepaste en vertaalde versie van de vragenlijst bevat meerdere vragen en stellingen (zie **Appendix A**). De antwoordcategorieën zijn:

- vragenlijst ivm kennis: 'juist/niet juist/ik weet het niet'
- vragenlijst ivm attitude: een 5-punten Likert schaal 'Helemaal oneens tot helemaal eens'
- vragenlijst ivm vertrouwen in eigen kunnen: een 10-punten Likert schaal met score 1 'zeer weinig zelfvertrouwen' tot score 10 'zeer veel zelfvertrouwen' en een 'niet van toepassing' categorie.

2.1.1 Betrouwbaarheidsstudie

- Participanten (minimum 100)

  Inclusiecriteria:

  Huisarts of HAIO, betrokken bij de zorg voor minimaal 1 patiënt in een woonzorgcentrum in Vlaanderen

  Exclusiecriteria:

  Stagiairs of studenten geneeskunde

- Datacollectie

Voor het testen van de betrouwbaarheid zal de vragenlijst over kennis, attitudes en zelfvertrouwen over vroegtijdige zorgplanning (Appendix A), een vragenlijst met demografische gegevens (**Appendix B**) en een informatieformulier (**Appendix C**) gedigitaliseerd worden (Limesurvey) en online verspreid worden via de website en de nieuwsbrief van de *Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde*, sociale media (Twitterpagina van de onderzoeksgroep), mailinglijst van de LMN's Zennevallei en Pajottenland en de nieuwsbrief van het ICHO. Wanneer de huisarts de vragenlijst invult, wordt ervan uitgegaan dat hij/zij akkoord gaat met deelname aan het onderzoek, zoals te lezen in de informatiebrief (Appendix C).

- Analyse

De ingevulde vragenlijst zullen geanalyseerd worden in SPSS. Descriptieve statistieken zullen gebruikt worden voor het rapporteren van de karakteristieken van de deelnemers (leeftijd, geslacht, aantal jaar ervaring, soort en ligging huisartsenpraktijk, voorafgaande ervaring met VZP). *Cronbach's alfa* zal berekend worden om een inschatting te kunnen doen van de betrouwbaarheid. Tevens zal er een factoranalyse worden uitgevoerd om de factorstructuur (aanwezigheid van subschalen en/of overbodige items) en de interne consistentie ('*internal consistency reliability*') te kunnen bepalen.

2.2 Invloed van volgen van een specifieke training rond vroegtijdige zorgplanning

Om de invloed van een specifieke training rond vroegtijdige zorgplanning op kennis, attitude en vertrouwen in eigen kunnen te kunnen nagaan, zal een voor- en nameting gebeuren, gebaseerd op de vragenlijst uit 2.1. De training rond VZP wordt aangeboden door de onderzoeksgroep *Zorg rond het Levenseinde*. Tijdens deze training leren huisartsen hoe een VZP gesprek te voeren en hoe wensen en voorkeuren van patiënten te documenteren. Deze sessie wordt gegeven door professionele trainer.

- Participanten

De huisartsen van de lokale kwaliteitsgroep (LOK) Roosdaal (N=15)

- Datacollectie

Voorafgaand aan de training zal het doel van het onderzoek mondeling toegelicht worden en de toestemming van de deelnemers gevraagd worden, zie informatiedocument in Appendix C. Aan de deelnemers zal gevraagd worden de vragenlijsten over kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen over VZP (Appendix A) op papier invullen. Meteen na de training

zullen de deelnemers gevraagd worden dezelfde vragenlijsten in te vullen. De vragenlijst wordt anoniem ingevuld, doch voorzien van een door de deelnemer zelfgekozen unieke 4- tot 6-cijferige code, zodat de voor- en nameting kan gematcht worden. De demografische vragenlijst (Appendix B) wordt door de deelnemers niet ingevuld om te verhinderen dat hun identiteit zou achterhaald kunnen worden. Na het invullen zullen de vragenlijsten worden bewaard in een gesloten enveloppe.

- Analyse

De ingevulde vragenlijsten zullen geanalyseerd worden in SPSS. Door middel van de *Wilcoxon's matched pairs signed rank test* zal het effect van de training nagegaan worden.

3. Onderzoeksteam

Het onderzoeksteam is gestructeerd als volgt:

- Promotor: Prof. Dr. Lieve Van den Block (Vrije Universiteit Brussel)
- Co-promotors: Joni Gilissen, MSc (VUB), Annelien van Dael, MSc (VUB)
- Onderzoeker: Ilse Callens, HAIO

Referenties

1. Detering K, Silvester W, Corke C, Milnes S, Fullam R, Lewis V, et al. Teaching general practitioners and doctors-in-training to discuss advance care planning: evaluation of a brief multimodality education programme. BMJ Support Palliat Care. 2014; 4: 313-321. Doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000450

Appendix A: Vragenlijst

Deel 1: Algemene Kennis over Voorafgaande Zorgplanning

Geef aan of u denkt dat de volgende uitspraken juist of niet juist zijn…

	Juist	Niet juist	Ik ben niet zeker
1) Een persoon heeft een schriftelijke neerslag van voorafgaande zorgplanning alvorens zijn wensen m.b.t. het levenseinde gevolgd kunnen worden	☐	☐	☐
2) Een schriftelijke neerslag stelt een persoon in staat zijn wensen m.b.t. gezondheidszorg te communiceren voor het geval hij zijn wilsbekwaamheid verliest in de toekomst	☐	☐	☐
3) Een wettelijke vertegenwoordiger heeft de bevoegdheid om beslissingen te nemen m.b.t. de gezondheidszorg voor een persoon wanneer deze dat zelf niet kan	☐	☐	☐
4) Een persoon kan alleen een familielid aanduiden als zijn wettelijke vertegenwoordiger	☐	☐	☐
5) Patiënten kunnen een negatieve wilsverklaring invullen die aan artsen duidelijk maakt dat ze bepaalde behandelingen willen weigeren of wensen stop te zetten, waaronder bijvoorbeeld het kunstmatig toedienen van vocht en voeding	☐	☐	☐
6) Een naaste kan behandelingen weigeren in plaats van een wilsonbekwame persoon	☐	☐	☐
7) Wanneer de dokter getuige is van het aanstellen van een wettelijke vertegenwoordiger, bevestigen ze dat die persoon wilsbekwaam is en het belang en implicaties begrijpt	☐	☐	☐
8) Een dokter is verplicht om agressieve levensreddende behandelingen als een patiënt of familie daarom vraagt, onafhankelijk van het potentieel succes of de potentiële voordelen van die behandelingen	☐	☐	☐

Deel 2: Attitudes over Voorafgaande Zorgplanning

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende uitspraken…

	Helemaal oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Helemaal eens	Niet van toepassing
1) Patiënten die wilsbekwaam en niet terminaal ziek zijn, zouden het recht moeten hebben om behandelingen te weigeren, zelfs indien deze beslissing tot de dood kan leiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) Meestal weten patiënten niet genoeg over gezondheidszorg om voorafgaand zorgplanningsdocument voor te bereiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) Artsen moeten tegemoet komen aan de wensen van de patiënt, ook al is dat niet in overeenstemming met de wensen van de familie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) Artsen moeten actief betrokken zijn bij het helpen van patiënten om een voorafgaand zorgplanningsdocument te vervolledigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) Artsen zouden een patiënt zijn VZP document moeten negeren of verwerpen als ze denken dat bepaalde behandelingen nog gunstig kunnen zijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) Artsen moeten patiënten helpen informeren over hun aandoening en alternatieve behandelopties bij het voorbereiden van een VZP document	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7) Artsen zijn meestal op de hoogte van de wensen van hun patiënten m.b.t. levenseindezorg zonder gesprek of een formele schriftelijke neerslag	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8) De informatie in een VZP document is voldoende om de zorg te sturen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9) Familieleden zijn meestal op de hoogte van de wensen van de patiënt m.b.t. levenseindezorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) Het is emotioneel belastend om patiënten te helpen met het invullen van een VZP document	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 3: Vertrouwen in eigen kunnen over Voorafgaande Zorgplanning

Geef aan hoeveel zelfvertrouwen u heeft over de volgende activiteiten/rollen m.b.t. Voorafgaande Zorgplanning?
Score 1 komt overeen met zeer weinig zelfvertrouwen, score 10 met zeer veel zelfvertrouwen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NVT
1) Het initiëren van een gesprek over voorafgaande zorgplanning met patiënten	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
2) Het bespreken van de aandoening en behandelingsopties met een patiënt in relatie tot voorafgaande zorgplanning	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
3) Het beschikken over vaardigheden om voorafgaande zorgplanning te bespreken	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
4) De rol van een wettelijke vertegenwoordiger begrijpen	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
5) Het beantwoorden van vragen van de patiënt over voorafgaande zorgplanning	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
6) Het beantwoorden van vragen van de familie over voorafgaande zorgplanning	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
7) Het tegemoet komen aan de vooropgestelde zorgplanning van een patiënt	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
8) Het kennen van de wetgeving m.b.t. voorafgaande zorgplanning	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Appendix B: Demografische gegevens

Algemene informatie

1) Wat is uw geslacht?

○ Man	○ Vrouw

2) Wat is uw leeftijd?

○ < 40 jaar	○ 40 – 55 jaar	○ > 55 jaar

3) Bent uw erkend of geaccrediteerd huisarts of HAIO?

○ Erkend of geaccrediteerd huisarts	○ HAIO

4) Hoeveel jaar heeft u ervaring als huisarts (jaren als HAIO meegeteld)?

○ < 5	○ 5-10	○ 11-20	○ 21-30	○ > 30

5) In welk soort praktijk bent u werkzaam?

○ Solopraktijk	○ Duopraktijk	○ Groepspraktijk	○ WGC

6) Waar is uw praktijk gelegen?

○ Platteland	○ Stedelijk gebied

Voorafgaande ervaring met VZP

Heeft u in de voorbije 6 maanden….

	Ja	Nee	Niet van toepassing
a) Een gesprek over voorafgaande zorgplanning geïnitieerd ?	□	□	□
b) Een schriftelijke neerslag of wilsverklaring opgemaakt met de patiënt?	□	□	□
c) Als getuige opgetreden bij de opmaak van een wilsverklaring?	□	□	□
d) Voor een patiënt met een wilsverklaring gezorgd?	□	□	□
e) behandelingen of zorg waargenomen die niet in overeenstemming was met de wensen van de patiënt?	□	□	□

In uw ervaring, wie initieert meestal een gesprek over voorafgaande zorgplanning, achteruitgang van gezondheid en/of eindelevenszorg?

○ Huisarts	○ Verpleegkundige	○ Patiënt/Familie	○ Zorgkundige/Sociaal werker/geallieerde zorgprofessional

Wie moet volgens u een gesprekken over voorafgaande zorgplanning initiëren?

○ Huisarts	○ Verpleegkundige	○ Patiënt/Familie	○ Zorgkundige/Sociaal werker/geallieerde zorgprofessional

Hoe worden gesprekken over voorafgaande zorgplanning meestal gedocumenteerd in uw praktijk?

○ Elektronisch dossier	○ Papieren dossier/Notities	○ Formeel voorafgaand zorgplanningsdocument	○ Niet gedocumenteerd

Andere *(licht toe)*:

Appendix C: Informatiedocument

Vroegtijdige zorgplanning: evaluatie van *kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen* bij huisartsen

Beste collega huisarts of huisarts in opleiding,

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan de vragenlijst omtrent mijn masterproef voor mijn opleiding huisartsgeneeskunde:

Vroegtijdige zorgplanning: evaluatie van kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen bij huisartsen.

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) wordt gedefinieerd als het vrijwillig proces van overleg tussen de patiënt, de betrokken familie en de verschillende zorgverleners over de voorkeuren van zorg in de toekomst en op het einde van het leven voor het geval deze patiënt zou evolueren naar een toestand waarin hij niet meer in staat is om deze wensen zelf te uiten.

In 2015 verscheen een richtlijn over VZP met huisartsen als doelpubliek op de website van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (www.pallialine.be). Anno 2019 wil ik in mijn masterproef nagaan in welke mate het concept van vroegtijdige zorgplanning gekend is bij huisartsen. Om dit na te gaan werd een vragenlijst opgemaakt. In het eerste deel worden enkele persoonlijke en praktijkgegevens bevraagd. In het tweede deel zal gepeild worden naar de kennis, attitudes en zelfvertrouwen over vroegtijdige zorgplanning.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 5 minuten in beslag.

Alvast bedankt voor uw interesse en medewerking!

Ilse Callens, HAIO
Promotor: Prof. Dr. L. Van den Block

Hierbij bevestig ik kennis genomen te hebben van het opzet van het onderzoek in het kader van de master na master opleiding huisartsgeneeskunde. Ik erken dat de beslissing om gegevens te mogen gebruiken volledig vrij is, elk moment kan herzien worden, en op geen enkele manier mijn relatie met collega-artsen of patiënten zal beïnvloeden. Ik erken dat alle gegevens vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt zullen worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Ik geef toestemming om de gegevens die ik ter beschikking stel, anoniem en geaggregeerd te verwerken.

Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. L. VAN DEN BLOCK
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 12-04-2019

Ons Kenmerk: 2018/110

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Vroegtijdige zorgplanning : evaluatie van kennis, attitudes en vertrouwen in eigen kunnen bij huisartsen
B.U.N. 143201835762

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de vragen van de commissie van 11-Apr-2018, en de vragenlijst dd 08-Apr-2019, besluit de voorzitter van de Commissie Medische Ethiek

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Dit advies zal worden bekrachtigd tijdens de eerstkomende vergadering.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

I54_01