De perceptie van huisartsen werkzaam in Vlaanderen van de rol, de bijdrage, de (nodige) competenties van en de interactie met vrijwilligers in de palliatieve zorg: een kwalitatieve studie

Valentine Bizzarri, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Dr. Steven Vanderstichelen, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Prof. Dr. Lieve Van den Block, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

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 zich 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

Inleiding: Vrijwilligers vervullen een belangrijke rol in de wereld van de palliatieve zorg. Huisartsen zijn hiernaast een spilfiguur in de palliatieve zorg, en toch komen ze nauwelijks in contact met vrijwilligers. Het is onduidelijk of huisartsen (meer) interacties met vrijwilligers zinvol zouden vinden. Het gebrek aan interacties tussen beide partijen leidt tot het vermoeden dat dit gebrek het gevolg kan zijn van het tekort aan blootstelling, maar ook van de onbekendheid van vrijwilligers en mogelijk ook van de percepties van huisartsen van vrijwilligers. Dit dient verder onderzocht te worden om meer kennis te vergaren omtrent hoe vrijwilligers volgens huisartsen zelf de beste bijdrage aan de palliatieve zorg kunnen bieden.

Onderzoeksvragen: Wat is de rol en bijdrage van vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens de ervaring van huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen? Hoe schatten huisartsen die in Vlaanderen werkzaam zijn de competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg in? Welke competenties zijn volgens huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen nodig bij vrijwilligers in de palliatieve zorg? Hoe belangrijk en zinvol vinden huisartsen interacties met vrijwilligers? En hoe vertaalt dit zich naar hun praktijk?

Methode: Dit is een kwalitatieve studie waarbij data verzameld werd aan de hand van individuele face-to-face semi-gestructureerde interviews met huisartsen werkzaam in Vlaanderen. Socio-demografische gegevens werden middels een korte vragenlijst verzameld. Deelnemers werden gerekruteerd door via e-mail contact op te nemen met Vlaamse huisartsenkringen, zodat zij (indien ze hiermee akkoord gingen) de informatie omtrent de studie onder hun leden konden verspreiden. Daarnaast stelden sommige huisartsen die de onderzoeker reeds kenden en over dit onderzoek hadden gehoord zich ook rechtstreeks kandidaat. De steekproef werd aan de hand van Microsoft Excel beschreven. Er werd een reflexieve thematische analyse uitgevoerd in NVivo 15.

Resultaten: Er namen zeven huisartsen deel aan deze studie. Volgens verscheidene respondenten zijn vrijwilligers in de palliatieve zorg omwille van meerdere redenen een meerwaarde: ze verbinden de formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, ze kunnen aanpasbare hulp aan patiënten bieden en ze kunnen mantelzorgers ontlasten. Ten gevolge van de onenigheid van deelnemers over de nodige competenties en opleiding van vrijwilligers in de palliatieve zorg, ontstond een duaal model waarin een vrijwilliger in de palliatieve zorg alles en niets kan of moet kunnen. Tevens heerst er bij meerdere participanten onzekerheid omtrent de taken, competenties en opleiding van deze vrijwilligers. Hiernaast staan huisartsen open voor interacties met vrijwilligers, indien deze efficiënt zijn, alhoewel de ervaring met vrijwilligers bij veel participanten beperkt is. Ten slotte leidt de onbekendheid met de rol van vrijwilligers tot onvoldoende herkenbaarheid van deze vrijwilligers.

Besluit: Meerdere ondervraagde huisartsen menen dat vrijwilligers in de palliatieve zorg een meerwaarde voor het team vormen. Echter, er bestaat onenigheid op vlak van perceptie van deze huisartsen omtrent de competenties en opleidingen van deze vrijwilligers. Dit is mogelijk het gevolg van hun beperkte ervaring met vrijwilligers. Wel staan meerdere van de respondenten open voor interacties met vrijwilligers, alhoewel zulke interacties momenteel beperkt zijn.
Ten slotte heerst er nog onbekendheid over de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg, wat leidt tot de lage herkenbaarheid van deze vrijwilligers. Dit maakt de samenwerking wellicht moeilijker.

Inhoud

Abstract 3

Inhoud 4

1. Inleiding 6

1.1 Definitie van palliatieve zorg 6
1.2 Het multidisciplinaire palliatieve team 7
1.3 Definitie van vrijwilligers in de palliatieve zorg 8
1.4 De motivaties van vrijwilligers in de palliatieve zorg 9
1.5 De taken van vrijwilligers in de palliatieve zorg 9
1.6 De plaats van vrijwilligers in de palliatieve zorg 10
1.7 De aangeboden opleiding(en) voor vrijwilligers in de palliatieve zorg 10
1.8 De interdisciplinaire samenwerking met vrijwilligers in de palliatieve zorg 12
1.9 Relevantie van deze studie in de huisartsgeneeskunde en doelstellingen 12
1.10 Onderzoeksvragen 13

2. Methode 14

2.1 Studiedesign 14
2.2 Studiepopulatie en setting van de studie 14
2.3 Sample en rekrutering van participanten 14
2.4 Dataverzameling 16
2.5 Dataverwerking 17
2.6 Analyse van de verzamelde data 18
2.7 Commissie Medische Ethiek 19
2.8 Informed Consent 19
2.9 Studie in het kader van een thesis: Master-Na-Master 19

3. Resultaten 20

3.1 Socio-demografische gegevens van de deelnemers 20
3.2 Semi-gestructureerde interviews 21
3.2.1 De meerwaarde van vrijwilligers volgens huisartsen: het verbinden van de formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, de aanpasbare hulp die ze kunnen bieden, en het ontlasten van mantelzorgers 22
3.2.2 Spanningsveld: het duale model van een vrijwilliger die alles en niets kan of moet kunnen 23
3.2.3 Huisartsen staan, ondanks hun beperkte ervaring, open voor interacties met vrijwilligers, zolang deze efficiënt gebeuren 25

3.2.4 Onbekendheid met de rol van vrijwilligers leidt tot onvoldoende herkenbaarheid bij huisartsen 27
4. Discussie 28
4.1 Belangrijkste bevindingen 28
4.2 Interpretatie en toetsing van de bevindingen aan de reeds bestaande literatuur 28
4.3 Sterktes en mogelijke limitaties van deze studie 31
4.4 Mogelijkheden voor toekomstig onderzoek 32
5. Besluit 34
6. Dankwoord 35
7. Referenties 36
8. Bijlagen 42
8.1 Bijlage 1: Korte vragenlijst: 42
8.2 Bijlage 2: Topic guide: 43
8.3 Bijlage 3: E-mail naar huisartsenkringen voor rekrutering van deelnemers: 45

1. Inleiding

Huisartsen spelen een centrale rol bij de verzorging van mensen met palliatieve zorgnoden en bij de coördinatie van de palliatieve zorg.[1] Huisartsen rekenen hiervoor vaak op palliatieve zorgequipes voor bijkomende ondersteuning. Deze palliatieve zorgequipes rekenen vervolgens op hun eigen coördinatoren, professionele zorgverleners en vrijwilligers. Het belang van een interdisciplinaire samenwerking in de palliatieve zorg valt niet te ontkennen.[2,3]

Mensen die actief zijn als vrijwilliger in de palliatieve zorg, wenden zich hoofdzakelijk tot verpleegkundigen wanneer ze iets moeten bespreken met een lid van het professionele medische team.[4,5]
Hiertegenover lijken huisartsen (ondanks hun centrale rol) slechts zelden of nooit in contact te komen met de vrijwilligers van de (door hen) ingeschakelde palliatieve equipes,[5] waardoor het onduidelijk is hoeveel kennis zij hebben omtrent hun taken en de training die zij krijgen en wat hun perceptie hiervan is. Ook is er soms nog een tekort aan vertrouwen vanuit de professionele zorgverleners (waaronder huisartsen) tegenover vrijwilligers, vermoedelijk (deels) ten gevolge van het klein aantal contacten die zij hebben met vrijwilligers in de palliatieve zorg.[6,7] Vrijwilligers zorgen nochtans voor een overbrugging van de kloof tussen formele en informele zorg.[7–9]
Echter, opdat deze samenwerking efficiënt zou kunnen gebeuren, is het belangrijk dat iedereen zijn rol in de equipe kent, evenals de rol en capaciteiten van de andere leden van het team.[2,10] Ook hoort elk lid van de equipe als een gelijkwaardig deel van het team te worden gezien.[10]

Hiernaast zal de palliatieve zorg door de vergrijzing van de populatie steeds belangrijker worden in onze samenleving.[11] Er wordt in de toekomst namelijk een verdere verschuiving naar een meer gemeenschapsgericht levenseinde en palliatieve zorg verwacht.[5,7] Hierdoor zal het inzetten van vrijwilligers in de palliatieve zorg vermoedelijk ook des te belangrijker worden.[11–14]

Gezien de centrale rol die huisartsen hebben in het palliatieve team[1] en de in de toekomst te verwachten verhoogde nood aan palliatieve zorg voor patiënten,[11] is het nuttig om de perceptie van huisartsen van de rol en bijdrage van vrijwilligers in de palliatieve zorg, evenals de volgens huisartsen (nodige) competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg onder de loep te nemen. Een vraag die men zich ook dient te stellen, is of (meer) interacties tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg belangrijk en zinvol zijn voor de huisartsen zelf.

1.1 Definitie van palliatieve zorg

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)[15] definieert palliatieve zorg als “een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard”.[15]

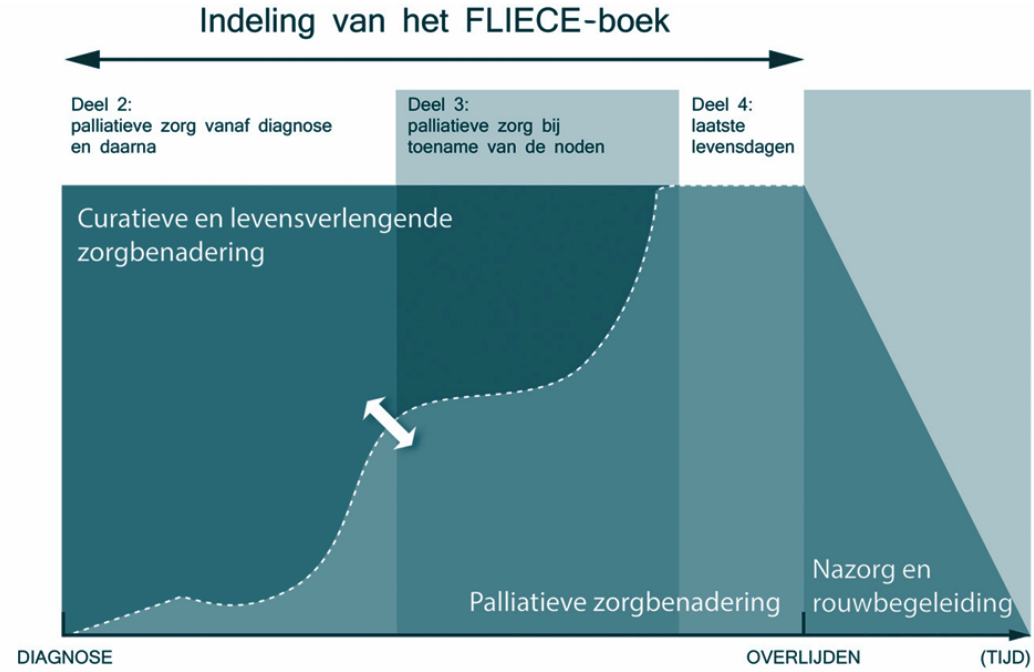
Deze definitie wijst op de holistische aard van palliatieve zorg, op het feit dat het belangrijkste doel van palliatieve zorg is om de levenskwaliteit van patiënten (en hun naasten) zoveel mogelijk te verbeteren, evenals op het feit dat dit op vele verscheiden manieren kan. Vermits de kwaliteit van leven van een groot aantal factoren afhangt, focust palliatieve zorg zich niet enkel op fysieke aspecten van de gezondheid, maar ook op andere belangrijke elementen (zoals spirituele, psychologische en sociale noden van patiënten).[2]

Eerdere onderzoeken hebben reeds aangetoond dat een snelle implementatie van palliatieve zorg een significante rol kan spelen in het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten,[16–18] maar ook op het verminderen van de psychologische last die op mantelzorgers weegt.[19]

De term palliatieve zorg wordt soms echter verkeerd geïnterpreteerd. In een nieuw model voor palliatieve zorg *(zie Figuur 1: Model voor palliatieve zorg)*[20] wordt weergegeven hoe in de huidige palliatieve zorg behandelingen met het oog op genezen en levensverlenging gelijktijdig met palliatieve zorg worden toegepast.[20] Palliatieve zorg kan dus reeds vóór de terminale fase geïmplementeerd worden.[20]

Hiernaast is het zo dat palliatieve zorg in verscheidene settings kan plaatsvinden en vaak wordt voorzien door een multidisciplinair team.[2]

Figuur 1: Model voor palliatieve zorg (FLIECE)[a]



Figuurontwerp door auteurs

[a]Bron: Cohen J, Smets T, Pardon K, et al.[20]

1.2 Het multidisciplinaire palliatieve team

Gezien het holistische aspect van palliatieve zorg, evenals de complexe noden van patiënten en hun familie, is het logisch dat een multidisciplinair team van belang is in de palliatieve zorg.[3]
Afhankelijk van de setting waarin palliatieve zorg noodzakelijk is (in een ziekenhuis, thuis, in een rusthuis…), zullen de teamleden van het palliatieve team ook mogelijk verschillen, zodat huisartsen met heel wat verscheidene leden van het team (verpleegkundigen, specialisten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, vrijwilligers…) in contact komen bij het zorgen voor mensen met palliatieve zorgnoden.[1]

Palliatieve zorg kan in België in verscheidene settings worden teruggevonden.[21] Deze kunnen worden ingedeeld in twee grote groepen: generalistische palliatieve zorg (huisartsen, rusthuizen, oncologische diensten in ziekenhuizen…) en gespecialiseerde palliatieve zorg, waaronder palliatieve thuisequipes die ondersteuning bieden aan huisartsen die in contact komen met palliatieve patiënten, gespecialiseerde palliatieve diensten of dagcentra voor palliatieve verzorging).[5,21]

De professionele zorgverleners in palliatieve equipes gaan van artsen (huisartsen en/of andere arts-specialisten) en verpleegkundigen tot ander zorgpersoneel en welzijnsactoren, zoals psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en logopedisten. Dit is afhankelijk van de omgeving waarin de palliatieve zorgverlening plaatsvindt (bv. ambulant, in een ziekenhuis, in een rusthuis…) en van de noden van de patiënten en de mensen in hun dichte omgeving.[3]

Huisartsen hebben een centrale rol in de palliatieve zorg.[1] Ze staan onder andere in voor symptoomcontrole en hebben hiernaast een belangrijke rol bij het coördineren van de zorg (zowel met andere professionele hulpverleners als met de patiënt en zijn of haar omgeving) en de continuïteit van de zorg bij patiënten met palliatieve zorgnoden.[22,23] Ze staan dicht bij patiënten en hun omgeving en hebben hierdoor een duidelijker beeld van hun noden.[1,24,25] Huisartsen zijn ook bereid om aandacht te geven aan de specifieke noden en wensen van hun patiënten (op medisch vlak, op sociaal vlak, op spiritueel vlak…), waardoor een vlotte en efficiënte communicatie tussen de arts en de patiënten (en hun omgeving) centraal staat.[25] Deze communicatie verloopt nochtans niet steeds vlot; er is soms namelijk sprake van tijdstekort bij (huis)artsen, hiernaast kan het zich voordoen dat de interdisciplinaire communicatie niet voldoende vlot gebeurt. Hierdoor kunnen sommige patiënten zelfs de indruk krijgen dat zij zelf moeten helpen bij het doorgeven van belangrijke informatie (bv. van de specialist naar de huisarts).[26,27] Een niet voldoende efficiënte interdisciplinaire communicatie leidt ook tot een minder goede kwaliteit van zorg.[27,28]
Bij veel artsen is de opleiding omtrent palliatieve zorg momenteel nog relatief beperkt, terwijl het behandelen van palliatieve patiënten doorgaans complex is.[22,29] Er blijkt dat, hoe vaker huisartsen in contact komen met palliatieve patiënten, hoe zelfzekerder ze zich voelen bij het behandelen en opvolgen van deze patiënten.[30]

Ten slotte zijn er in veel palliatieve teams ook vrijwilligers actief.[3,31] Allen hebben hun eigen rol in de equipe waarin ze werkzaam zijn.[3]

1.3 Definitie van vrijwilligers in de palliatieve zorg

In 2016 publiceerden Goossensen et al. een artikel waarin een definitie van vrijwilligers in hospices of in de palliatieve zorg in Europa werd neergeschreven[31]:
“Vrijwilligerswerk in de hospice- en palliatieve zorg wordt gedefinieerd als de tijd die vrij wordt gegeven door particulieren, zonder verwachting van financiële voordelen, binnen een andere vorm van georganiseerde structuur dan de reeds bestaande sociale relaties of familiebanden, met de bedoeling de levenskwaliteit van volwassenen en kinderen met een levensbeperkende aandoening en hun naasten (familie en anderen) te verbeteren.”[31]

Vrijwilligers behoren niet tot de familie of vriendengroep van de persoon aan wie ze hulp bieden, wat hen verschillend maakt van mantelzorgers.[32] Hiernaast werd er door Goossensen et al. opgemerkt in een studie gepubliceerd in 2016 dat vrijwilligerswerk in het algemeen (ook buiten de palliatieve zorg) wordt uitgevoerd uit vrije wil en voordelen heeft voor de gemeenschap en de maatschappij, maar ook voor de vrijwilliger zelf. Vrijwilligerswerk wordt niet omwille van financiële motieven verricht[31] en hun werk vervangt professionele werkkrachten niet.[31,33–35]

De taken van vrijwilligers kunnen zeer uiteenlopend zijn (bv. praktische hulp in het dagelijkse leven of psychologische ondersteuning),[32,36–38] wat hun rol complex kan maken.[33,39] Wel worden hun taken dus telkens gezien als een aanvulling op het werk van de professionele hulpverleners (bv. het geven van ondersteuning op psychosociaal vlak, wat complementair is aan de taken van professionele hulpverleners).[6,31,33–36,40,41]

De term “vrijwilligers” dekt individuen met verschillende motivaties, die verscheidene taken kunnen uitvoeren, en dit in allerlei verschillende situaties en omgevingen.[7]

Alhoewel hun werk dat van betaalde professionele zorgverleners niet vervangt,[31,33–35] vormt het wel een belangrijke aanvulling hiervoor.[6,31,33–36,40,41]

1.4 De motivaties van vrijwilligers in de palliatieve zorg

De motivaties om een vrijwilliger in de palliatieve zorg te worden, zijn reeds onderzocht geweest.[31] Sommige vrijwilligers zijn gemotiveerd door vrije tijd,[31,42,43] zelfpromotie,[31,42,43] altruïsme,[31,42–44] persoonlijk voordeel[31,42,43] en burgerlijke verantwoordelijkheid.[31,42–44] Anderen zijn eerder gedreven door professionele ambities[31,44] of eigen eerdere ervaringen.[31,45]
Hiernaast hopen bepaalde vrijwilligers zich door dit werk persoonlijk verder te ontwikkelen,[31,44] willen ze meer kennis vergaren,[31,44] of wensen ze specifieke doelen te steunen waarin ze geloven.[31] Verder is er soms sprake van (gepensioneerde) mensen die op zoeken zijn naar een bijkomende sociale activiteit[31,45] of van individuen die wensen meer ervaring te verwerven (en bijvoorbeeld zo wensen een baan te vinden).[31]
De motivatie kan hiernaast wisselen in functie van de leeftijd van de vrijwilliger, maar blijkt vergelijkbaar te zijn met vrijwilligers actief in andere sectoren.[31,43,44]

Vrijwilligers in de palliatieve zorg ondervinden meerdere positieve kanten aan hun inzet.[46] Ze voelen zich nuttig, kunnen voldoening halen uit hun werk als vrijwilliger[46] en ontwikkelen soms een speciale band met patiënten en de mensen rondom hen[46,47] (dit laatste blijkt door veel vrijwilligers als een persoonlijk voordeel te worden aanzien, wat kan leiden tot motivatie om verder actief te blijven als vrijwilliger).[46]

Toch is het niet eenvoudig om zich als vrijwilliger in de palliatieve zorg in te zetten (en zich te blijven inzetten); ze kunnen zich onder andere uitgeput voelen of onzeker zijn.[43,46] Ook zijn er nog factoren die tot bijkomende stress kunnen leiden bij dit type vrijwilligers: ze genieten niet altijd voldoende training of ondersteuning door andere leden van de equipe en kunnen in contact komen met moeilijke situaties (zoals personen met een ernstige ziekte of overlijdens). Over het algemeen lijken de positieve ervaringen echter talrijker te zijn dan de negatieve belevingen van vrijwilligers in de palliatieve zorg, wat mensen kan motiveren om aan vrijwilligerswerk te blijven doen.[46]

Desalniettemin is het belangrijk om als vrijwilliger in de palliatieve zorg correcte mechanismes te hanteren om met de emoties die gepaard gaan met hun vrijwilligerswerk om te gaan. Zulke strategieën kunnen hen bijvoorbeeld via trainingen worden aangeleerd.[43,46]

1.5 De taken van vrijwilligers in de palliatieve zorg

De taken die aan vrijwilligers in de palliatieve zorg worden aangeboden, kunnen zeer uiteenlopend zijn[32,36–38] en kunnen afhankelijk zijn van meerdere elementen, waaronder de organisatie waaraan de vrijwilligers hulp bieden of de training van de vrijwilligers.[36,37]

Over het algemeen kan men een onderscheid maken tussen meerdere types taken: de praktische hulp bij activiteiten uit het dagelijkse leven (ondersteuning bij eten, wassen, aankleden…),[36] de instrumentele hulp bij activiteiten uit het dagelijkse leven (patiëntenvervoer, boodschappen doen, de was doen…),[36,37] de psychosociale hulp (hierbij wordt ook de taak van vrijwilliger als link tussen patiënt en zorgverleners genoteerd)[36,37] en de medische hulp (bijvoorbeeld) verpleegkundige taken).[36] Ook worden er in bepaalde organisaties administratieve taken aan de vrijwilligers toegewezen.[37]

Medische zorgen blijken slechts zelden door vrijwilligers te worden uitgevoerd. De voornaamste taken van vrijwilligers in de palliatieve zorg hebben met psychosociale zorgen en bijkomende communicatie tussen zorgverleners en patiënten (en hun mantelzorgers) te maken.[35,36]

1.6 De plaats van vrijwilligers in de palliatieve zorg

Er is reeds aangetoond dat vrijwilligers in de palliatieve zorg een belangrijke rol vervullen, met voordelen voor de patiënten en hun familie en kennissen (bv. door te zorgen voor bijkomende emotionele ondersteuning van iemand buiten hun directe omgeving).[40] Vrijwilligers overbruggen de kloof tussen formele en informele zorg; ze zorgen voor een link tussen de maatschappij en de patiënten en mensen rondom hen.[7–9] Vrijwilligers kunnen zo een ander standpunt hebben dan betaalde professionele zorgverleners en kunnen andere zaken opmerken bij patiënten, waarna ze deze elementen zo nodig kunnen communiceren aan de professionele zorgverleners.[31]

Vrijwilligers in de palliatieve zorg helpen patiënten en hun omgeving voornamelijk met activiteiten uit het dagelijkse leven (zoals boodschappen doen of patiëntenvervoer, zoals eerder reeds werd vermeld). Hiernaast kunnen ze ook hulp bieden op psychosociaal vlak, evenals op existentieel vlak.[35,36]
De voordelen die vrijwilligers in palliatieve settings kunnen bieden, zijn uiteenlopend: er is sprake van een toename in welzijn van patiënten en de mensen rondom hen, en patiënten en hun omgeving blijken baat te hebben bij de ondersteuning (emotioneel en/of organisatorisch) van vrijwilligers.[8,40]
In eerdere studies kwam ook naar voren dat vrijwilligers in de palliatieve zorg een positief effect hadden op de kwaliteit van de zorg (gebaseerd op de mening van familieleden van patiënten).[8,43] Deze familieleden ervaren een positief effect van de emotionele en praktische ondersteuning die vrijwilligers in de palliatieve zorg leveren en van de bijkomende ademruimte die dankzij hen ontstaat.[43,48]

Er wordt verwacht dat het belang van palliatieve zorg zal toenemen in de komende jaren, vanwege een verwachte vergrijzing van de populatie.[11] Het inzetten van deze vrijwilligers zal dus des te belangrijker worden.[12–14] De vrijwilligers vormen, gezien hun reeds vermelde rollen, zoals reeds eerder vermeld een aanvulling van het palliatieve team en geen vervanging van andere hulpverleners in de equipe.[6,31,33–36,40,41]

Sommige zorgprofessionals hebben nochtans hun bezorgdheden omtrent de capaciteiten van de vrijwilligers en het effect hiervan op de kwaliteit van de zorg,[31] onder andere omdat ze niet veel ervaring hebben met zulke vrijwilligers.[7]

1.7 De aangeboden opleiding(en) voor vrijwilligers in de palliatieve zorg

Voor veel vrijwilligers is er een mogelijkheid om bij de organisatie waarin ze actief zijn een opleiding te volgen, bij sommige organisaties zijn zulke opleidingen zelfs verplicht. Dit is afhankelijk van onder andere het type organisatie waarin men als vrijwilliger actief is of van de taken die door die specifieke organisatie aan hun vrijwilligers worden toegewezen.[36]
Uit een eerdere studie van Vanderstichelen et al. uit 2018 blijkt dat in 91 percent van de gevallen een training wordt aangeboden aan vrijwilligers in de palliatieve zorg in Vlaanderen en het Nederlandssprekende gedeelte van Brussel, en dat 33 percent van deze organisaties zulke trainingen verplicht vooraleer gemotiveerden bij hen van start kunnen gaan als vrijwilligers. Alle palliatieve thuisequipes die deelnamen aan deze studie hadden een verplichte opleiding voorzien voor hun vrijwilligers. Hoe uitgebreider het takenpakket van de vrijwilligers was, hoe uitgebreider de opleiding van de vrijwilligers bleek te zijn.[36]

Deze opleidingen kunnen verscheidene onderwerpen aankaarten: basiskennis omtrent palliatieve zorg (hierin kunnen ook enkele technische elementen verwikkeld zitten, dit thema werd aangeboden door alle palliatieve

thuisequipes die waren geïncludeerd in dezelfde studie door Vanderstichelen et al. uit 2018),[36] de waarden van de organisatie zelf, opleidingen omtrent specifieke patiëntenpopulaties (bv. patiënten gekend met dementie), vroegtijdige zorgplanning, ethiek, de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg, specifieke technieken om patiënten manueel te verplaatsen…[36]

De rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg kan verschillen afhankelijk van de setting waarin ze actief zijn (bv. in een ziekenhuis, in een mobiele palliatieve thuisequipe, in een rusthuis…), wat betekent dat vrijwilligers in specifieke settings soms nood hebben aan een gerichte training (die rekening houdt met de taken van de vrijwilligers).[33,49] De rol van deze vrijwilligers is echter niet altijd duidelijk afgelijnd.[33] Er is momenteel nog maar relatief weinig duidelijke evidentie beschikbaar omtrent welke training vrijwilligers in de palliatieve zorg precies nodig hebben, alhoewel het belang van een goede ondersteuning van deze vrijwilligers niet te betwisten valt.[50]
In een studie gepubliceerd in 2022 werd er onderzocht welke elementen belangrijk waren in de training van vrijwilligers in palliatieve zorg (die actief waren in een ziekenhuis).[49] Hierin werd een "European Core Curriculum" opgesteld, dat zo'n 53 elementen bevat.[49] In dit curriculum werden voornamelijk factoren die de band tussen vrijwilligers en patiënten (en de mensen rondom hen) kunnen versterken als belangrijke zaken beschouwd (bv. een basistraining rond communicatieve vaardigheden van de vrijwilligers, meer gerichte trainingen omtrent de communicatie met personen met dementie, het gebruiken van humor bij interacties met patiënten en de mensen rondom hen, het begrijpen van verschillen in waarden en normen, het begrijpen van verschillen afhankelijk van de socio-culturele context, spiritualiteit, religie…).[49]
Hiernaast is het begrijpen en het aflijnen van de rol en plaats van de vrijwilliger van groot belang.[49] Ook training omtrent ethiek werd geïncludeerd in deze 53 items, waaronder het onderwerp confidentialiteit, en er werd aangeraden om een training omtrent basiskennis ook toe te voegen aan de opleiding van deze vrijwilligers (zoals veelvoorkomende klachten aan het levenseinde, hydratatie in een palliatieve setting…). Het schenken van aandacht aan het welzijn van de vrijwilligers zelf werd ook benadrukt.[49] Uit een andere studie van Brighton et al. uit 2017 blijkt dat vrijwilligers in de palliatieve zorg in het ziekenhuis zelf ook aangeven dat ze nood hebben aan bijkomende training op vlak van zelfzorg, communicatie, spiritualiteit en religie, inzicht in het rouwproces en veelvoorkomende klachten tijdens het levenseinde.[51]

Momenteel blijken verschillende soorten trainingen te worden aangeboden: het gaat hier onder andere over (klinische) casusbesprekingen, simulatietrainingen of rollenspelen, beeld- en/of spraakopnames, handboeken en lessen.[52]

Ook werd een attente bezoekers training workshop uitgestippeld in een publicatie van Van Steenbergen et al. (2025), gericht aan vrijwilligers die buiten klinische settings actief zijn voor het ondersteunen van patiënten met chronische aandoeningen en/of palliatieve zorgnoden aan huis.[53] Deze workshop was bedoeld om de vrijwilligers te ondersteunen in hun informerende, communicerende en signalerende rol en bestond uit twee onderdelen: eerst en vooral een didactisch onderdeel, met een tweetal maanden later ook de organisatie van een vervolgworkshop. Het didactische onderdeel focuste op het verrijken van kennis (omtrent palliatieve zorg, noden van en mogelijkheden voor ondersteuning van patiënten, evenals omtrent communicatie). Vervolgens focuste de vervolgsessie op het onderling delen van kennis tussen de vrijwilligers, evenals op (zelf)reflecties van de vrijwilligers zelf.[53]
Vervolgens werd deze workshop getest met vrijwilligers in België (Vlaanderen), waarna het geëvalueerd werd.[53]
De evaluatie toonde op vlak van aanvaardbaarheid van de workshop positieve resultaten. Ook op vlak van effectiviteit waren de resultaten gunstig. Er werd geconcludeerd dat dit vrijwilligers ondersteuning biedt in hun rol en hen helpt om betere zorgen aan patiënten te verlenen, wat vermoedelijk veelbelovend is voor de toekomst.[53]

1.8 De interdisciplinaire samenwerking met vrijwilligers in de palliatieve zorg

Vrijwilligers in de palliatieve zorg komen voornamelijk in contact met elkaar,[4] met verpleegkundigen van de organisatie waarin ze actief zijn (meer dan met andere zorgverleners) en met het coördinerende personeel van deze organisatie.[4,5] Ze lijken niet of amper in contact te komen met huisartsen,[5] alhoewel huisartsen vaak een centrale rol spelen in de verzorging van een palliatieve patiënt.[1]

Een efficiënte multidisciplinaire samenwerking is van groot belang in de palliatieve zorg. Patiënten hebben baat bij goede communicatie tussen de betrokken zorgverleners.[2,3,27,28] Voor een vlotte samenwerking is het belangrijk dat vrijwilligers door andere professionele zorgverleners (verpleegkundige, artsen, sociaal werkers…) gezien worden als een gelijkwaardig deel van palliatieve equipes.[10]

Vrijwilligers hebben een bijzondere plaats in het multidisciplinaire palliatieve team. Zoals reeds eerder vermeld, overbruggen ze de kloof tussen informele en formele zorg.[7–9] Zo ontwikkelen vrijwilligers soms ook een bijzondere band met patiënten,[46,47] wat betekent dat ze professionele hulpverleners kunnen helpen met het oppikken van belangrijke informatie (waaronder specifieke wensen en noden van patiënten, die anders geen plaats zouden krijgen in het behandelplan van de patiënt omdat ze niet zouden worden opgemerkt).[5,41]

1.9 Relevantie van deze studie in de huisartsgeneeskunde en doelstellingen

Het is duidelijk dat vrijwilligers een belangrijke rol spelen in de wereld van de palliatieve zorg.[31,54] Hun taken kunnen zeer uiteenlopend zijn[32,36–38] en dragen bij aan een goede kwaliteit van zorg.[8,43] Het inzetten van vrijwilligers in de palliatieve zorg heeft zowel voor patiënten als mensen rondom hen voordelen, maar ook voor de professionele zorgverleners die hen verzorgen.[31] Vrijwilligers hebben namelijk een unieke plaats in de palliatieve zorg en vormen een link tussen professionele zorgverleners en patiënten, zodat ze een uniek standpunt hebben. Dit betekent dat ze mogelijk andere elementen of hulpvragen van patiënten kunnen oppikken en deze kunnen communiceren aan professionele zorgverleners.[5,31,41]
Door de vergrijzing van de bevolking en een verwachte verdere verschuiving naar een meer gemeenschapsgerichte palliatieve zorg en levenseinde, wordt er verwacht dat een bijdrage van vrijwilligers in de palliatieve zorg in de toekomst des te belangrijker zal worden.[5,7,11–14]
Een efficiënte communicatie tussen vrijwilligers, patiënten (en de mensen rondom hen) en professionele zorgverleners in de palliatieve zorg zal hierdoor vermoedelijk ook in belang toenemen.[2]

Huisartsen hebben een centrale rol in de palliatieve zorg, en staan vaak in nauw contact met het palliatieve zorgteam.[1] Vrijwilligers vormen op hun beurt door hun taken een aanvulling op het werk van de professionele zorgverleners in het team.[6,31,33–36,40,41]
Er is reeds geweten dat vrijwilligers over het algemeen niet (of toch slechts zelden) rechtstreeks in contact komen met huisartsen.[5] Het is hiernaast nog onduidelijk of huisartsen in Vlaanderen meer interacties met vrijwilligers in de palliatieve zorg nuttig zouden vinden. Het feit dat rechtstreekse samenwerking voor sommige professionele zorgverleners nog onbekend terrein vormt, leidt dit bij deze zorgverleners soms tot onwennigheid.[7] Vrijwilligers zorgen nochtans voor een overbrugging van de kloof tussen formele en informele zorg.[7–9] In de toekomst zal het belangrijk zijn om verder vertrouwen tussen deze partijen op te bouwen.[7]
Echter, opdat de samenwerking tussen de verscheidene actoren in het palliatieve zorgteam efficiënt zou kunnen gebeuren, is het belangrijk dat iedereen zijn rol in de equipe kent, evenals de rol en capaciteiten van de andere leden van het team.[2,10] Ook hoort elk lid van de equipe als een gelijkwaardig deel van het team te worden gezien.[10] Er heerst, voor zover door ons geweten is, nog wat onduidelijkheid omtrent de perceptie van huisartsen van vrijwilligers in de palliatieve zorg en van wat zij van hen verwachten. Inzichten hierin kunnen nuttig zijn voor de toekomstige aanpassingen van de organisatie van de palliatieve zorg, zeker met de veranderingen (en de verdere shift naar een meer gemeenschapsgericht levenseinde) die men nog verwacht.[7]

Om vrijwilligers in de palliatieve zorg zo goed mogelijk te ondersteunen, blijft een goede opleiding van deze vrijwilligers uiterst belangrijk.[33,49] Hun rol wordt echter niet altijd duidelijk afgelijnd,[33] wat soms kan leiden tot bijkomende stress bij deze vrijwilligers.[35] Wel is er reeds geweten dat men vrijwilligers kan ondersteunen door onder andere te zorgen voor kansen om te communiceren met andere leden van het team (en dit op regelmatige wijze).[41]
Zijn interacties tussen alle leden van het team echter steeds even zinvol volgens huisartsen? Het is nuttig zich deze vraag te stellen, indien men de samenwerking tussen beide partijen wenst te verbeteren. Hiervoor is het ook nodig om eerst bijkomend op zoek te gaan naar de perceptie van huisartsen, die een spilfunctie hebben in de palliatieve zorg,[1] van de rol, de bijdrage en de (nodige) competenties van vrijwilligers.

Vrijwilligers in de palliatieve zorg bieden dus belangrijke complementaire zorg en ondersteuning.[6,31,33–36,40,41] Hiernaast werken ze samen met veel andere actoren in de palliatieve zorg,[3–5] waardoor ze belangrijk zijn in de multidisciplinaire ondersteuning van palliatieve zorg.[40] Echter, zij lijken de enige actor te zijn waarmee huisartsen (die een belangrijke en centrale rol hebben in de palliatieve zorg)[1] over het algemeen niet mee in contact komen.[5] Dit leidt tot het vermoeden dat dit gebrek het gevolg kan zijn van het tekort aan blootstelling, maar ook van de onbekendheid van vrijwilligers en mogelijk ook van de percepties van huisartsen van vrijwilligers (en hun rol, bijdrage, competenties, opleiding en interacties met huisartsen). Is dat zo, en wat zijn deze percepties dan precies? Daar dient men meer over te weten, om ook te zien hoe vrijwilligers volgens huisartsen zelf de beste bijdrage aan de palliatieve zorg kunnen bieden.
Door gebruik te maken van een kwalitatieve studie waarin huisartsen deelnemen aan een interview en een korte socio-demografische vragenlijst invullen, werd getracht om een zo diepgaand mogelijk inzicht hierin te verwerven.
De onderzoeksvragen voor deze masterproef werden op basis hiervan opgesteld (zie verder).

1.10 Onderzoeksvragen

1. Wat is de rol en bijdrage van vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens de ervaring van huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen?

2. Hoe schatten huisartsen die in Vlaanderen werkzaam zijn de competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg in?

3. Welke competenties zijn volgens huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen nodig bij vrijwilligers in de palliatieve zorg?

4. Hoe belangrijk en zinvol vinden huisartsen interacties met vrijwilligers? En hoe vertaalt dit zich naar hun praktijk?

2. Methode

Tijdens deze kwalitatieve studie werd data verzameld middels individuele semi-gestructureerde interviews (in persoon) met huisartsen die op dat moment in Vlaanderen werkzaam waren. Hiernaast werd bijkomende data verzameld aan de hand van een korte socio-demografische vragenlijst *(zie Bijlage 1: Korte vragenlijst)*. Deze vragenlijsten werden ook ter plaatse door de deelnemende huisartsen ingevuld.
De topic guide voor de semi-gestructureerde interviews *(zie Bijlage 2: Topic guide)* en de korte vragenlijst *(zie Bijlage 1: Korte vragenlijst)* werden opgesteld op basis van de eerder vermelde onderzoeksvragen.

De "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)" werden bij deze studie gebruikt bij het opstellen van een zo transparant mogelijke methode.[55]

2.1 Studiedesign

Het gaat hier om een kwalitatieve studie, waarbij gebruik gemaakt werd van individuele semi-gestructureerde interviews (evenals van een korte socio-demografische vragenlijst) voor het verzamelen van data.

2.2 Studiepopulatie en setting van de studie

Tijdens dit onderzoek werden huisartsen geïnterviewd die op dat moment als huisarts werkzaam waren in Vlaanderen. De deelnemende huisartsen werden telkens individueel geïnterviewd en de interviews vonden op een door de participanten gekozen locatie plaats.

2.3 Sample en rekrutering van participanten

Bij het rekruteren van deelnemers werd er tijdens deze studie gebruik gemaakt van 'convenience sampling' en 'purposive sampling'.

Het belangrijkste inclusiecriterium hield in dat enkel volledig afgestudeerde huisartsen (en geen huisartsen in opleiding) aan deze studie konden deelnemen. Huisartsen in opleiding werden dus geëxcludeerd, evenals huisartsen die op het moment van het interview niet in Vlaanderen als huisarts werkzaam waren. Dit omdat men op deze manier hoopte meer informatie te kunnen verzamelen, gezien de (vermoedelijke) bredere ervaring van volledig afgestudeerde huisartsen met (vrijwilligers in de) palliatieve zorg. Om toch een relatief homogene onderzoekspopulatie te verkrijgen, werden enkel huisartsen geselecteerd die op dat moment in Vlaanderen werkzaam waren. Ook werd er voor de rekrutering gekozen om huisartsenverenigingen te selecteren die (relatief) vlot bereikbaar waren voor de interviewer.
Hiernaast werd er bij de inclusie van participanten ook gekeken naar bijvoorbeeld de aanwezigheid van een duidelijke website en/of wijze waarop er (bv. via e-mail) contact kon worden opgenomen met de huisartsenkring.

De rekrutering van de deelnemers werd door de masterstudent uitgevoerd, een huisarts in opleiding (Master-Na-Master in de Huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel), die deel uitmaakte van de Huisartsenkring Huisartsen Noordrand. Dit betekende dat er mogelijk kennissen huisartsen uit deze regio (of uit een andere regio) konden deelnemen aan het onderzoek.

Voor de rekrutering van participanten werd via e-mail met meerdere huisartsenkringen in Vlaanderen contact opgenomen. In deze e-mail *(zie Bijlage 3: E-mail naar huisartsenkringen voor rekrutering van deelnemers)* kon er

informatie teruggevonden worden omtrent het onderzoek; zo werd er informatie gegeven over onder andere de doelstellingen van het onderzoek en de contactgegevens van de masterstudent die de interviews ging uitvoeren. Er werd toen in die e-mail aan die huisartsenkringen gevraagd om, indien ze dit wensten, het bericht omtrent deze studie onder de in hun kring werkzame huisartsen te verspreiden.
Zo konden de huisartsen die aan het onderzoek wensten deel te nemen zelf contact opnemen met de onderzoeker (de masterstudent), om vervolgens bijkomende afspraken vast te leggen (datum, uur en locatie van het interview en het invullen van de korte vragenlijst).

Een overzicht van de huisartsenkringen in Vlaanderen die voor dit onderzoek standaard gecontacteerd werden, wordt hieronder weergegeven *(zie Tabel 1: Huisartsenverenigingen in Vlaanderen, die voor dit onderzoek standaard werden gecontacteerd)*.

Tabel 1: Huisartsenverenigingen in Vlaanderen, die voor dit onderzoek standaard werden gecontacteerd

Ligging	**Huisartsenverenigingen**
Antwerpen	- Huisartsenkring vzw Dijle & Netevallei
Oost-Vlaanderen	- Vereniging Huisartsen van de Medische Eenheidskring Dendermonde (VEHAMED)
Vlaams-Brabant	- Artsenkring Zennevallei - Huisartsenkring Huisartsen Noordrand (HARNO) - Huisartsenkring Zuid-Oost Hageland

Na het doorsturen van deze e-mails, antwoordden vier van deze vijf huisartsenkringen. Drie van deze vier verenigingen gingen akkoord met het verder verspreiden van het bericht, maar de vierde kring weigerde dit; omwille van de vele gelijkaardige aanvragen die ze via e-mail ontvingen, hadden ze onderling reeds afgesproken om enkel de berichten van de huisartsen in opleiding uit hun eigen kring verder te verspreiden. Van de vijfde huisartsenkring kwam er toen geen respons.
Het feit dat de duur van het interview aanvankelijk op ongeveer een uur geschat werd, remde heel wat eventuele kandidaten. Daarom werd er beslist om de interviews waar mogelijk beknopter te maken om rekrutering te verbeteren.

Na enige tijd werd nogmaals een e-mail ter herinnering doorgestuurd, dit zowel aan de kring die niet geantwoord had op de eerste e-mail als naar de andere drie kringen die hadden vermeld dat ze het bericht verder zouden verspreiden onder hun leden (echter zonder latere respons op dat moment). In deze e-mail werd bijkomend gemeld dat de interviews minder lang duurden dan eerder gedacht. Hiernaast werd er ook aangegeven dat men nog maar enkele kandidaten nodig had. Ook deze maatregelen werden genomen om rekrutering te verbeteren.

Bepaalde huisartsen die de onderzoeker kenden en (uit gesprekken) wisten dat de masterstudent bezig was met interviews voor de masterproef, stelden zichzelf ook (na het krijgen van meer informatie) kandidaat.
Hiernaast werd via (mond-op-mond) reclame binnen het netwerk van de onderzoeker ook ‘reclame’ (soms ook niet opzettelijk) gemaakt voor het onderzoek en konden huisartsen die geïnteresseerd waren in een deelname aan dit onderzoek de masterstudent zelf rechtstreeks contacteren.

2.4 Dataverzameling

Tijdens deze studie werden individuele semi-gestructureerde interviews met huisartsen die op dat moment in Vlaanderen werkzaam waren, gehanteerd bij het verzamelen van de data. Op datzelfde moment werd ook, zoals gepland, een korte (papieren) socio-demografische vragenlijst door de deelnemende huisartsen ingevuld.
Bij het afnemen van de interviews werd telkens eenzelfde topic guide gebruikt *(zie Bijlage 2: Topic guide)*, zodat alle interviews op dezelfde manier aangepakt werden. Vervolgens werden de interviews meermaals beluisterd en ook woordelijk getranscribeerd, vooraleer de transcripten werden nagelezen. De masterstudent werd tijdens dit proces door de promotor ondersteund.

Het was de bedoeling om tussen de acht en twaalf individuele semi-gestructureerde interviews (één interview per deelnemer) uit te voeren, maar dit zou afhankelijk zijn van het aantal respondenten.

Semi-gestructureerde interviews worden vaak gebruikt in kwalitatieve studies.[56,57] Face-to-face interviews zijn hiervan een veelgebruikte optie (andere opties zijn bijvoorbeeld interviews via e-mail, interviews via de telefoon…).[56,58]
Dit type interview heeft zowel voor- als nadelen. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij het opstellen van een plan voor een studie, evenals bij het uitvoeren van de studie.[58]

Een groot voordeel van face-to-face interviews is dat zaken als non-verbale communicatie en intonatie beter kunnen worden geobserveerd. Deze elementen leveren soms namelijk belangrijke bijkomende informatie op over het verloop van het interview.[56,58] Hiernaast kunnen studies aan de hand van zulke interviews ook betekenisvolle informatie leveren met slechts een beperkt aantal deelnemers.[58] Gezien de open aard van de vragen die in zulke interviews gesteld worden, kunnen er zo heel wat onderwerpen worden onderzocht.[56] Nog een voordeel van face-to-face interviews is het feit dat de antwoorden van de deelnemers spontaan zijn.

Een voordeel van semi-gestructureerde interviews is het feit dat het verloop van zulke interviews afhankelijk is van de deelnemer zelf (en zo nodig kan gestuurd worden op basis van zijn of haar antwoorden op de vragen van de interviewer). Het geeft meer ruimte voor interpretatie dan een volledig gestructureerd interview. Echter, hiertegenover staat het feit dat 'researcher bias' kan voorvallen wanneer zulke interviews gehanteerd worden, aangezien de onderzoeker zelf mee beslist in welke richting het interview verder gaat.[59]
Individuele interviews zijn goede tools wanneer men moeilijkere onderwerpen dient te bespreken (bv. palliatieve zorgen). Hiernaast is het een manier om een deelnemer uitgebreid te bevragen over zijn of haar eigen ervaringen en meningen, dit was hier ook de reden dat er geopteerd werd om tijdens dit onderzoek semi-gestructureerde interviews uit te voeren.[59]
Echter, zulke interviews vergen ook veel tijd en energie, en de hoeveelheid informatie die op dat moment verzameld wordt, is sterk afhankelijk van de ervaring van de interviewer zelf.[59]
Hiernaast geven focusgroepen soms de mogelijkheid om meer informatie te verzamelen door de onderlinge interacties tussen de deelnemers. Echter, ook hier zijn er nadelen. Het is mogelijk dat bepaalde participanten minder hun eigen ervaring en meningen delen door het feit dat het interview in groep gebeurt.[59]

Ten slotte werd er hier gekozen voor semi-gestructureerde interviews in plaats van een uitgebreide online vragenlijst. Bij online vragenlijsten worden deelnemers vaak geconfronteerd met heel wat vragen (soms ook open vragen voor het verzamelen van uitgebreidere informatie) die soms niet aan hen en hun ervaringen en kennis aangepast zijn. Deze elementen en onder andere ook de soms lange duur van zulke vragenlijsten kunnen lijden tot 'survey fatigue'. Dit kan leiden tot het niet afronden van online vragenlijsten of tot het minder nauwkeurig invullen hiervan.[60–62] Echter, hier was de keuze voor interviews in plaats van een vragenlijst gebaseerd op het feit dat interviews de onderzoeker de kans geven om eigen ervaringen in de diepte te onderzoeken.[63]

Tijdens deze studie werden alle individuele semi-gestructureerde interviews uitgevoerd door de masterstudent (Master-Na-Master in de huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel).
Hiervoor kregen de deelnemers reeds bijkomende informatie omtrent de studie. Het informed consent formulier hebben alle deelnemers, na het verstrekken van informatie en hun spontane akkoord, ondertekend voor de start van het interview en het invullen van de korte vragenlijst.

Er werd telkens individueel met de deelnemende huisartsen afgesproken waar en wanneer het interview zou plaatsvinden (bv. thuis of in de huisartsenpraktijk). De interviews werden opgenomen (er werden enkel spraakopnames gemaakt, geen beeldopnames). Er werden ook (via een korte vragenlijst op hetzelfde moment als het interview) enkele socio-demografische gegevens van de deelnemers verzameld, namelijk leeftijdsgroep, geslacht, het type huisartsenpraktijk waarin ze op dat moment actief waren (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, multidisciplinaire praktijk, een wijkgezondheidscentrum of een ander type praktijk), type financieringsmodel dat ze op dat moment gebruikten (New Deal, forfaitair, prestatiefinanciering of eventueel een ander antwoord), evenals de provincie waarin ze op dat moment actief waren. Een groepspraktijk werd hier beschouwd als een praktijk met meer dan twee huisartsen zonder aanwezigheid van andere zorgverleners (bv. een verpleegkundige in de praktijk). Zodra er een ander type zorgverlener (dan een huisarts) in dezelfde praktijk werkte, diende die praktijk als een multidisciplinaire praktijk te worden beschouwd.
Hiernaast werd een onduidelijkheid in de korte socio-demografische vragenlijst opgemerkt, namelijk overlap tussen de leeftijdsgroepen '46-55 jaar' en '55-65 jaar'. Er werd daarom met de deelnemers afgesproken dat deze laatste leeftijdsgroep aangepast werd naar '56-65 jaar'. Dit werd tijdig opgemerkt, zodat alle deelnemers hiervan op de hoogte konden worden gebracht.

Elke deelnemende huisarts kreeg een eigen pseudoniem (huisarts 1, huisarts 2, huisarts 3…).

Er werd op voorhand reeds een topic guide *(zie Bijlage 2: Topic guide)* door de interviewer opgesteld om de interviews in goede banen te leiden en zodat de belangrijkste agendapunten tijdens elk interview zeker aan bod kwamen. De te verzamelen vragenlijsten werden ook in deze topic guide kort vermeld.

De op voorhand nauwkeurig opgestelde topic guide (zie Bijlage 2: Topic Guide) werd in meerdere onderdelen onderverdeeld:

- Kort schetsen van de ervaring van de participanten met de palliatieve zorg
- Schetsen van de ervaring van de participanten met vrijwilligers in de palliatieve zorg
- Kennis en attitude van huisartsen omtrent de training van vrijwilligers in de palliatieve zorg
- Bespreken van eventuele interacties tussen vrijwilligers in de palliatieve zorg en huisartsen

Hierna kregen de deelnemers nog de ruimte om eventueel nog zaken toe te voegen, evenals om eventueel zelf vragen te stellen.

2.5 Dataverwerking

De antwoorden op de vragenlijsten werden door de masterstudent in een Microsoft Excel document ingevoerd (dat werd opgeslagen op een beveiligde en gedeelde SharePoint folder op de servers van de Vrije Universiteit Brussel en enkel toegankelijk was voor de promotor en de masterstudent). Hierin kreeg elke deelnemende huisarts een pseudoniem (huisarts 1, huisarts 2, huisarts 3…).
Vervolgens werd de steekproef aan de hand van de verzamelde socio-demografische gegevens beschreven (het aantal deelnemers, de leeftijdsgroep waartoe de participanten behoorden, het aantal deelnemende mannen en vrouwen, het type huisartsenpraktijk waarin ze op dat moment werkten, het financieringsmodel dat ze op dat

moment hanteerden en de provincie waarin ze op dat moment werkzaam waren), met telkens ook de vermelding van het bijbehorende percentage ten opzichte van de volledige steekproef).

Na het uitvoeren van de interviews werden deze woordelijk getranscribeerd (op basis van de spraakopnames) door de masterstudent (een huisarts in opleiding in de Master-Na-Master in de huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel).
Ook hier kreeg elke deelnemende huisarts om confidentialiteitsredenen een pseudoniem (huisarts 1, huisarts 2, huisarts 3…). Deze toegekende pseudoniemen werden telkens in de transcripten gehanteerd.

2.6 Analyse van de verzamelde data

Tijdens deze studie werd een reflexieve thematische analyse van de verzamelde data uitgevoerd. Deze analyse gebeurde hier volgens de methode die door Braun & Clarke gedefinieerd werd (zie verder).[64–68] Reflexieve thematische analyse is een vorm van kwalitatieve data-analyse, waarbij de onderzoeker in de verzamelde data naar terugkerende patronen (thema's) op zoek gaat en tijdens het analyseproces continu over de data reflecteert.[64,65] Dit betekent dat de thema's niet simpelweg samenvatten wat de deelnemers gezegd hebben, maar ook de interpretatie van de onderzoeker van de data tonen. De thema's worden verkregen uitgaande van door de onderzoeker opgestelde codes.[64] De thema's geven niet simpelweg een samenvatting van de verzamelde data weer, maar wijzen op een 'centraal organiserend concept' dat tijdens de analyse door de onderzoeker geïdentificeerd werd.[64]
Dit type thematische analyse biedt flexibiliteit bij het uitvoeren van een kwalitatieve analyse.[65,66] Zowel de creativiteit en reflexiviteit van de onderzoeker als de subjectiviteit van de resultaten dienen bij de analyse als een voordeel erkend te worden.[64]

De aanvankelijke codering gebeurde volgens een inductieve methode. Hierbij werden de transcripten eerst enkel op basis van de inhoud van de transcripten zelf gecodeerd.
Hierna werden de codes meermaals nagekeken en zo nodig aangepast (bv. aangepast naar een duidelijkere code of samengevoegd met een gerelateerde code). Vervolgens werd een deductieve methode gehanteerd, waarbij er voor elke afzonderlijke code gecontroleerd werd of deze code relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De niet relevante codes werden dan verwijderd.
Ten slotte werd er bij deze analyse zowel semantische als latente codering gehanteerd, aangezien er bij het coderingsproces zowel descriptieve codes (semantische codering) als codes waarbij de onderzoeker meer een eigen interpretatie aan een stuk uit het transcript gaf (latente codering), werden gebruikt. [67]

De verdere thematische analyse van de data gebeurde op systematische wijze via de NVivo software (NVivo 15). Ook dit proces werd volledig door de masterstudent doorlopen.

Met de NVivo software werd een thematische analyse van de data uitgevoerd volgens de zes stappen die door Braun & Clarke werden gedefinieerd[64–68]:

- Eerst heeft de masterstudent zich vertrouwd gemaakt met de verzamelde data door eerst en vooral het interview zelf uit te voeren en vervolgens de spraakopname te herbeluisteren, vooraleer deze woordelijk getranscribeerd werd. Vervolgens werd het transcript nagekeken en meermaals gelezen.[65,67,68]

- Hierna werd de data door de masterstudent gecodeerd.[65,67,68] Tijdens het meermaals lezen van de transcripten werden reeds enkele notities gemaakt, die ook gebruikt werden tijdens het (dynamische) coderingsproces. [65,67,68]

- Vervolgens werden er, op basis van de opgestelde codes, thema's (eerst kandidaat-(sub)thema's en vervolgens de uiteindelijke thema's) opgesteld (door te bepalen welke codes op thematisch vlak met

elkaar geassocieerd zijn). Er werd bij deze studie geopteerd om hierbij een overwegend inductieve methode te gebruiken .[65,67,68]

- Erna werden de thema's opnieuw door de masterstudent geëvalueerd om zeker te zijn dat deze een duidelijk geheel vormden en relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Waar nodig werden er aanpassingen gemaakt. De 'thin' thema's werden met een ander thema samengevoegd.[65,67,68]
  Ook hierbij was het belangrijk om alle transcripten en de hiermee gepaard gaande thema's meermaals te herbekijken en te heranalyseren, zodat eventuele nieuwe inzichten konden worden bekomen.[65,68]

- Eens de uiteindelijke thema's vaststonden, werd een korte beschrijving van deze thema's neergeschreven.[65,68]

- Ten slotte werd de verzamelde data beschreven in het gedeelte omtrent de resultaten, evenals besproken in het gedeelte van de discussie.[65,67,68]

De masterstudent werd tijdens dit proces ondersteund door de promotor van deze studie.

2.7 Commissie Medische Ethiek

Voor de aanvang van deze studie werden het protocol dat voor deze thesis gehanteerd werd, evenals het informed consent document, de e-mail voor rekrutering van deelnemers, de korte vragenlijst, de topic guide en alle andere relevante documenten door de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel goedgekeurd (EC Number: EC-2025-188; BUN: 1432025000142).

2.8 Informed Consent

Voor hun deelname dienden alle deelnemers eerst het Informed Consent Formulier te ondertekenen. Dit gebeurde ter plaatse voor het uitvoeren van het interview en het invullen van de korte vragenlijst, zodat de deelnemers uitleg konden krijgen en zo nodig vragen konden stellen.

2.9 Studie in het kader van een thesis: Master-Na-Master

Deze studie werd in het kader van een thesis uitgevoerd. Het betreft hier een masterproef van een student ingeschreven in de Master-Na-Master in de Huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel.

3. Resultaten

3.1 Socio-demografische gegevens van de deelnemers

Voor dit onderzoek werden uiteindelijk zeven huisartsen die op dat moment werkzaam waren in Vlaanderen gerekruteerd. Tabel 2 *(zie Tabel 2: Socio-demografische gegevens van de deelnemers)* hieronder toont een overzicht van hun socio-demografische gegevens (leeftijdsgroep, geslacht, type huisartsenpraktijk, financieringsmodel van de huisartsenpraktijk en de provincie waarin de huisartsenpraktijk zich bevindt), die verzameld werden aan de hand van een korte socio-demografische vragenlijst.

Twee van de deelnemende huisartsen (28,57%) zaten in de leeftijdsgroep '24-35 jaar' en twee van hen (28,57%) waren deel van de leeftijdsgroep '36-45 jaar', terwijl de leeftijd van twee andere deelnemende huisartsen (28,57%) zich in de groep '56-65 jaar' bevond. Ten slotte zat één van de gerekruteerden (14,29%) in de leeftijdsgroep 'meer dan 65 jaar'. Drie deelnemers waren mannen (42,86%), terwijl de vier andere participanten (57,14%) vrouwen waren.

Eén deelnemer (14,29%) oefende het beroep uit in een solopraktijk. Hiernaast zaten twee van de participanten (28,57%) in een duopraktijk, terwijl de overblijvende vier huisartsen (57,14%) in een multidisciplinaire praktijk werkten. Alle deelnemende artsen (100%) werkten op basis van prestatiefinanciering.
De meerderheid van de participanten (zes deelnemers; 85,71%) voerden hun beroep uit in de provincie Vlaams-Brabant. Hiernaast werkten twee huisartsen (28,57%) in een praktijk in Oost-Vlaanderen. Wel is het belangrijk om hierbij te noteren dat er huisartsen hebben deelgenomen die in meerdere praktijken werkten. Omwille van het behouden van hun anonimiteit, kunnen er hierover geen verdere details gegeven worden.

Tabel 2: Socio-demografische gegevens van de deelnemers

Socio-demografische gegevens van de deelnemers	Alle deelnemers (n = 7)	Percentage van het totale aantal deelnemers (n = 7)
Leeftijdsgroep		
- **24-35 jaar**	2	28,57%
- **36-45 jaar**	2	28,57%
- **46-55 jaar**	0	0%
- **55-65 jaar (mondeling verbeterd naar: 56-65 jaar)**	2	28,57%
- **Meer dan 65 jaar**	1	14,29%
Geslacht		
- **Man**	3	42,86%
- **Vrouw**	4	57,14%
Type huisartsenpraktijk		
- **Een solopraktijk**	1	14,29%

- **Een duopraktijk**	2	28,57%
- **Een groepspraktijk**	0	0%
- **Een multidisciplinaire praktijk**	4	57,14%
- **Een wijkgezondheidscentrum**	0	0%
- **Ander antwoord dan de hierboven benoemde opties**	0	0%
Financieringsmodel		
- **New Deal**	0	0%
- **Forfaitair**	0	0%
- **Prestatiefinanciering**	7	100%
- **Ander antwoord**	0	0%
Provincie huisartsenpraktijk		
- **Vlaams-Brabant**	6	85,71%
- **Limburg**	0	0%
- **Oost-Vlaanderen**	2	28,57%
- **West-Vlaanderen**	0	0%
- **Antwerpen**	0	0%

3.2 Semi-gestructureerde interviews

Er werd een thematische analyse uitgevoerd, zoals hierboven reeds beschreven werd in de Methode.
Na de analyse werden volgende thema's bekomen:

- De meerwaarde van vrijwilligers volgens huisartsen: het verbinden van de formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, de aanpasbare hulp die ze kunnen bieden, en het ontlasten van mantelzorgers
- Spanningsveld: het duale model van een vrijwilliger die alles en niets kan of moet kunnen
- Huisartsen staan, ondanks hun beperkte ervaring, open voor interacties met vrijwilligers, zolang deze efficiënt gebeuren
- Onbekendheid met de rol van vrijwilligers leidt tot onvoldoende herkenbaarheid bij huisartsen

De resultatensectie van deze studie werd volgens bovenstaande thema's geordend.

3.2.1 De meerwaarde van vrijwilligers volgens huisartsen: het verbinden van de formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, de aanpasbare hulp die ze kunnen bieden, en het ontlasten van mantelzorgers

De meeste ondervraagde huisartsen gaven aan regelmatig in contact te komen met palliatieve zorg. Echter, de meerderheid van de respondenten had tot dan geen tot weinig rechtstreeks contact met vrijwilligers in de palliatieve zorg gehad. In enkele gevallen was dit zelfs het geval voor onrechtstreeks contact met zulke vrijwilligers. De door hen meer gekende voorbeelden van organisaties in de palliatieve zorg die vrijwilligers ondersteunen, zijn palliatieve dagcentra, woonzorgcentra (echter, die vrijwilligers helpen niet uitsluitend bij palliatieve patiënten), informatie- en adviesdiensten omtrent palliatieve zorg en palliatieve thuiszorgequipes.

Enkele huisartsen met enige ervaring met vrijwilligers in de palliatieve zorg schetsten een positief beeld van hen: ze zijn empathisch; ze hebben een mentaliteit van dienstverlening; en ze ontwikkelen soms een speciale vertrouwensband met de patiënten die ze bezoeken.

> **Huisarts 6:** *"Op den duur hebben die mensen heel veel vertrouwen, he, in die vrijwilligers en vertellen ze daar heel veel aan… Ik denk dingen die wij soms niet horen en die ze wel met die mensen kunnen bespreken… En dat ze daar op den duur wel een vertrouwensband mee opbouwen."*

De perceptie van meerdere ondervraagde huisartsen is dat vrijwilligers dankzij (meer) rechtstreekse interacties (face-to-face, telefonisch, via een dagboek…) een meerwaarde zouden kunnen zijn voor patiënt en huisarts, voornamelijk bij patiënten die weinig andere mensen zien. Vrijwilligers kunnen bij deze patiënten aan de zorg bijdragen door als verbinding tussen de formele zorg (bv. de huisarts) en de informele zorg (bv. de patiënten of hun naasten) te fungeren.

> **Huisarts 4:** *""Uiteindelijk, als ze die mensen heel veel zien, dan zou dat* (rechtstreeks contact van de huisarts met de vrijwilliger) *wel gemakkelijk zijn, omdat dat dan echt wel een aanspreekpunt is, dat er dan misschien niet andere mensen komen."*

Volgens meerdere deelnemers kunnen vrijwilligers een meerwaarde voor de patiënt en zijn of haar omgeving zijn door de uiteenlopende niet-medische taken ("alles van het leven") die ze volgens huisartsen van een lid van het palliatieve zorgteam krijgen of zouden kunnen krijgen.

> **Huisarts 2:** *"Vrijwilligers zijn eigenlijk altijd handig. […] Ja, alles van het leven. Dat is een meerwaarde… Dat kan beginnen met een keer een boodschap, een keer spaghetti maken, een keer strijken… Dat zijn hele concrete taken, waarmee dat je ongelofelijk kunt helpen…"*

De taken van vrijwilligers hangen volgens meerdere participanten af van de situatie (bv. de setting of de hulp die de patiënt reeds van zijn of haar eigen omgeving krijgt), maar ook van de capaciteiten van de vrijwilligers.
De meerderheid van de huisartsen had, zoals reeds eerder vermeld, nog maar weinig contact gehad met vrijwilligers in de palliatieve zorg. Wel konden ze elk enkele taken benoemen die vrijwilligers volgens hen uitvoeren of ook zouden kunnen uitvoeren - hiertussen werd door hen geen duidelijk onderscheid gemaakt tijdens de interviews. Door het uitvoeren van deze uiteenlopende taken zijn vrijwilligers ook een meerwaarde in het palliatieve zorgteam. De opgesomde taken kunnen in verschillende categorieën onderverdeeld worden:

- Informatie geven: over wat palliatief zijn precies inhoudt, de werking van palliatieve dagcentra…

  > **Huisarts 2:** *"En dan kunnen mensen bijvoorbeeld voor informatie bij die vrijwilliger zijn."*

- Helpen bij activiteiten uit het dagelijkse leven en bij logistieke taken: boodschappen doen, de was doen, strijken, helpen bij het koken en/of bij het eten, helpen bij het vervoer van patiënten (bv. naar een consultatie bij de arts), koffie ronddragen in de woonzorgcentra en zorgen voor ontspanning. Hierbij werd ook de ondersteuning van de patiënten thuis en het ontlasten van de mantelzorgers in de brede zin vermeld (in functie van waar ze precies mee kunnen helpen). Ook dit is volgens meerdere respondenten een meerwaarde.

  > **Huisarts 5:** *"Ik denk dat het echt vooral is om de mantelzorgers… te ontzien."*

- Psychosociale ondersteuning van patiënten: gesprekken voeren over het leven, het doorbreken van het sociale isolement en het bieden van emotionele of psychologische ondersteuning.

  > **Huisarts 1:** *"Ik denk inderdaad meer zo sociale ondersteuning… Ja, voor dat sociaal isolement zo wat te doorbreken."*

- Signalering: Een minder vermelde taak was die van het zorgen voor bijkomende communicatie met andere teamleden (bv. over hoe de patiënt eet of slaapt, eventuele angsten van de patiënt of bij ongerustheden). Vrijwilligers kunnen een extra paar ogen voor het team zijn:

  > **Huisarts 1:** *"Meestal bij palliatieve patiënten is er een goede omkadering door verpleegkundigen, en is er vaak in het verpleegkundig dossier ofzo… Is er daar een schriftje ter plaatse… Zodat je kan communiceren. En vaak zetten ze… Want dat is dan wel nuttig, of dat ze goed gegeten hebben en wat er gebeurd is in de nacht enzo… Zo dat, he…. Daarvoor is dat wel goed. Als de patiënt het zelf niet meer zou kunnen zeggen… Of bij sommige pathologieën kan dat… Dat je op die manier wel wat communicatie hebt."*

Wel blijkt dat er in de palliatieve setting (zeker in de thuissetting) vaak reeds voldoende ondersteuning aan de patiënt kan worden aangeboden door de rest van het team, evenals door de directe omgeving van de patiënt. Dan lijkt het bijkomend inzetten van een vrijwilliger niet altijd nodig te zijn. Meerdere van de ondervraagde huisartsen vermeldden dat vrijwilligers precies om deze reden voornamelijk bij alleenstaande patiënten (met minder omkadering) nuttig zijn, alhoewel hun eventuele rol daar niet stopt. Uit onderstaand citaat blijkt dat vrijwilligers volgens huisartsen soms ook een vervangende rol kunnen aannemen:

> **Huisarts 7:** "Ja, hoe minder familie, hoe minder mensen, he, in uw directe omgeving… hoe meer dat die palliatieve vrijwilliger op zich doet."

3.2.2 Spanningsveld: het duale model van een vrijwilliger die alles en niets kan of moet kunnen

Uit de verzamelde data ontstaat een duidelijk spanningsveld rondom de competenties die een vrijwilliger dient te hebben en de opleidingen die een vrijwilliger dient te hebben gevolgd. Enerzijds was het voor enkele respondenten niet duidelijk wat een vrijwilliger in de palliatieve zorg dient te kunnen. Eén van de huisartsen was zelfs van mening dat een vrijwilliger naast mens zijn eigenlijk niet veel moet kunnen:

> **Huisarts 5:** *"Voor de rest... Ja, moeten die niet veel kunnen, denk ik, buiten mens zijn."*

Anderzijds schetsten enkele van de respondenten een mooi beeld van de ideale vrijwilliger in de palliatieve zorg, die een hele lijst met eigenschappen toont die een goede vrijwilliger allemaal moet bezitten. Deze schets van de ideale vrijwilliger gaat van iemand die empathisch is, communicatief sterk is en op psychologisch vlak goed met

mensen kan omgaan, tot iemand die nood heeft aan het verzorgen van anderen, zich wil engageren en dit goed wenst te doen. Uiteraard wordt er verwacht dat de vrijwilligers hun taken correct uitvoeren.

> **Huisarts 3:** *"Een goede vrijwilliger is iemand die psychologisch goed kan… die psychologisch goed kan omgaan met mensen."*

Wat de nodige competenties betreft, werden er geen duidelijke verschillen opgemerkt tussen de huisartsen met ervaring met vrijwilligers in de palliatieve zorg en de huisartsen zonder ervaring met deze vrijwilligers.

Door twee van de deelnemers werd een screening van de kandidaat-vrijwilligers als nodig beschouwd, aangezien niet iedereen zomaar vrijwilliger in de palliatieve zorg mag of kan worden. Enerzijds meende één van deze participanten dat dit screeningsproces nodig is om na te gaan dat de vrijwilliger het aankan om zo nauw met palliatieve zorg en het levenseinde in contact te komen. Dit is in het belang van de vrijwilligers.

> **Huisarts 1:** *"Ja, je wordt gescreend. Of dat dat wel goed is, he, of dat… die persoon dat dan zelf wel aankan..."*

Anderzijds was een andere huisarts van mening dat deze screening belangrijk is om na te gaan met welke insteek iemand zich als vrijwilliger gemeld heeft.

> **Huisarts 5:** *"Ik denk dat er vooral een soort van screeningsmoment moet zijn. Dus dat sowieso al. Van ja, met wat voor een insteek komen die? En dat ze niet al te rare ideeën hebben over het levenseinde en weet ik veel wat. Of dat ze dat zo zouden opdringen ofzo aan een patiënt. Dat vind ik een belangrijke…"*

Er bestaat bij de respondenten geen eenduidig beeld over wat een vrijwilliger kan of moet kunnen, wat overeenkomt met de uiteenlopende taken die reeds beschreven werden.
Daarnaast was voor de meeste respondenten niet duidelijk of vrijwilligers in de palliatieve zorg een opleiding krijgen, noch welke opleiding dit dan is:

> **Huisarts 6:** *"Ik denk niet dat daar echt een specifieke opleiding voor wordt gevolgd, nee. Nee nee, ik denk dat niet. Nee, ik denk het niet, maar misschien intern. Dat kan wel, he… Dat ze intern wat tips meekrijgen, maar daar kan ik mij niet over uitspreken."*

Ook hier zijn er uitzonderingen, bijvoorbeeld wanneer het ging om grotere organisaties waarbij vrijwilligers wel een opleiding genieten vooraleer ze aan de slag gaan. In dit geval ging het meestal over huisartsen die met deze vrijwilligers reeds in contact geweest waren.

Wel achtten meerdere van de deelnemers zo'n opleiding wel mogelijk nuttig. Ze vinden een opleiding echter niet noodzakelijk, noch dat dit een verplichting zou moeten zijn. Ook bij dit onderwerp werden er geen duidelijke verschillen opgemerkt tussen huisartsen zonder ervaring met vrijwilligers in de palliatieve zorg en huisartsen met reeds ervaring met deze vrijwilligers. Enerzijds kwam bij twee huisartsen het probleem naar voren dat een verplichte opleiding vrijwilligers mogelijk een demotiverend effect heeft:

> **Huisarts 3:** "Moeten? Als dat moet, zullen er minder vrijwilligers zijn waarschijnlijk… Als zij dat zelf willen, kan dat nuttig zijn, maar ik denk dat dat van hen zelf moet uitkomen… Ik denk niet dat je kan zeggen van kijk, je mag vrijwilliger zijn voor een palliatieve patiënt, maar je moet eerst een opleiding volgen. Dat lijkt mij… Ja. Dan denk ik dat er veel mensen gaan zeggen: dan ga ik dat niet doen."

Anderzijds menen sommige huisartsen dat er enkel een opleiding georganiseerd dient te worden wanneer de vrijwilliger dit wenst of zelf het initiatief hiervoor neemt, terwijl andere huisartsen van mening zijn dat er toch een (beperkte) opleiding beschikbaar moet zijn voor vrijwilligers. Voor enkele van de respondenten dient een opleiding voor vrijwilligers wel verplicht te zijn:

> **Huisarts 1:** *"Toch een kleine opleiding. Dat je weet hoe dat je steun kan geven, dat je een beetje weet wat dat je moet zeggen enzo…"*

> **Huisarts 6:** *"Goh, moeten is misschien een groot woord. Ik denk wel dat dat niet slecht is. Een klein beetje zo psychologische tips of handvaten waarmee dat ze de mensen een beetje kunnen verder helpen. Want de praktische kant, dat is het probleem van niet, he… Het is meer de emotionele ondersteuning. Dus moeten, nee. Het kan altijd handig zijn, denk ik, maar ik denk dat het vooral afhangt van de empathie van de mensen en de manier waarop dat ze ermee kunnen omgaan."*

Hier is het dus zoeken naar een evenwicht: een verplichte opleiding demotiveert mogelijk vrijwilligers, maar het is wel belangrijk dat de vrijwilligers weten wat er van hen verwacht wordt en dat ze hun taak goed kunnen uitvoeren. Wel vindt de meerderheid van de respondenten dat een opleiding nuttig is.

De huisartsen die een eventuele opleiding nuttig vinden, vermeldden ook welke onderwerpen volgens hen voor de vrijwilligers zinvol zouden zijn. Idealiter zijn deze aangepast aan de taken en capaciteiten van vrijwilligers. Deze onderwerpen waren variabel tussen de verschillende respondenten, niet elke huisarts vindt elk onderwerp even nuttig. Deze thema's kunnen worden opgedeeld in meerdere categorieën, met onder andere zelfzorg voor de vrijwilliger als mogelijk thema. Er werd ook door één van de respondenten voorgesteld om een terugkommoment te organiseren met de vrijwilligers, waar zij kunnen samenzitten om te reflecteren over hun ervaringen in een veilige omgeving.

> **Huisarts 6:** *"Het is een beetje zoals dat ze zeggen, he... Elke psycholoog heeft zijn eigen psycholoog, he."*

Ook communicatie met de patiënt werd als mogelijk opleidingsonderwerp aangehaald. Echter, niet alle respondenten vonden dit nuttig:

> **Huisarts 4:** *"Op zich, naar psychologische ondersteuning misschien niet per se. Een klein beetje, maar dat is gewoon het menselijke. Maar naar informatie over wat dat allemaal is, denk ik wel…"*

Hiernaast was het voor bepaalde respondenten ook belangrijk dat de vrijwilligers een inleiding tot de palliatieve zorg en hun taak als vrijwilliger kregen:

> **Huisarts 2:** *"Ik denk dat de context wel aan een vrijwilliger moet voorgesteld worden. Omdat dit soms in een choquerende context komen… Dat die daar niet helemaal staat te bibberen."*

Deze onderwerpen, die door huisartsen als opleidingsonderwerpen werden voorgesteld, sluiten aan bij de eerder door hen benoemde nodige competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg.

3.2.3 Huisartsen staan, ondanks hun beperkte ervaring, open voor interacties met vrijwilligers, zolang deze efficiënt gebeuren

De meerderheid van de respondenten had in het verleden geen of slechts zelden rechtstreeks contact met een vrijwilliger in de palliatieve zorg. Dit blijkt uit onderstaande citaten:

> **Huisarts 5:** *"Nee, dit is bij mijn weten de enige patiënt waar dat ik ooit al vrijwilligers via het palliatieve netwerk heb ingeschakeld."*

> **Huisarts 6:** *"Ik ken eigenlijk zelfs niemand denk ik, bij wie dat… Voor zover dat ik weet dat er… dat er vrijwilligers aan huis komen."*

Echter, de meeste respondenten staan er wel voor open dat vrijwilligers (enkel) wanneer dit zinvol is contact met hen opnemen (bv. bij vragen of ongerustheden over de patiënt). Meerdere ondervraagde huisartsen beschouwen interacties met vrijwilligers als nuttig:

> **Huisarts 1:** *"Ik denk dat daar wel ook veel vraag naar is, voor wat extra ondersteuning bij zo'n mensen, he. Ja, zeker. Ja, dat zou ik zeker nuttig vinden."* (Wanneer er aan deze huisarts werd gevraagd of het nuttig zou zijn om meer contact te hebben met vrijwilligers.)

> **Huisarts 3:** *"Als die een keer iets moeten weten, mogen ze een keer bellen."*

Wel stelden meerdere participanten zich de vraag of het wel nodig is dat dit contact telkens via de huisarts gebeurt en niet via een ander teamlid (bv. via de verpleegkundigen of de palliatieve thuiszorgequipe, die dan bij ongerustheden de huisarts kunnen contacteren):

> **Huisarts 2:** *"Die vrijwilliger kan dat ook altijd wel melden aan de mantelzorger of thuisverpleging."*

Zoals reeds eerder vermeld, zou bij alleenstaande patiënten de interactie tussen de vrijwilliger en een zorgverlener van het team mogelijk nog extra zinvol kunnen zijn, maar ook daar hoeft dit niet steeds rechtstreeks met de huisarts te zijn.

Hiernaast vertelden twee van de respondenten dat ze tijdsdruk als een barrière voor (meer) interacties met vrijwilligers ervoeren. Deze perceptie kwam echter niet in de andere interviews aan bod.
Enerzijds was deze tijdsdruk volgens één van deze huisartsen het gevolg van een reeds drukke job:

> **Huisarts 3:** *"Ik zeg niet dat het niet nuttig zou zijn, alleen… Ja, ook daar weer tijd aan besteden…"*

In de context van het huidige huisartsentekort, zou dit zelfs mogelijk een last voor huisartsen kunnen zijn. Dezelfde respondent vreest hierdoor tijd voor andere raadplegingen of huisbezoeken te moeten opgeven.

> **Huisarts 3:** *"Je zou dat dan moeten wegnemen van tijd die dan steekt in raadplegingen of in huisbezoeken… En er zijn nu al te weinig huisartsen."*

Anderzijds heerste er bij de andere van deze twee deelnemers ook ongerustheid omtrent de tijdrovende organisatie rondom vrijwilligers, waaronder het rekruteren van vrijwilligers, evenals het bepalen van hun taken en opleidingen.

> **Huisarts 2:** *"Je moet dat georganiseerd krijgen… Dat is echt niet gemakkelijk… […] Ja, en dat kost heel veel tijd en moeite en energie."*

> **Huisarts 2:** *"Die vrijwilligers: 1) Wat wil je ze laten doen? En 2) Je moet ze toch een soort introductie geven van hoe werkt dat hier, of wat kan jij doen? […] Dat is niet zomaar 'plik plok' inzetten, he."*

Deze huisarts associeert vrijwilligers dus met mogelijk bijkomende en tijdrovende taken voor de huisarts. Echter, dezelfde huisarts was ook van mening dat de huisarts wel de coördinator van het medische luik is, maar dat dit niet betekent dat de huisarts alle coördinatie (bv. van de vrijwilligers) op zich moet nemen:

> **Huisarts 2:** *"Vrijwilligers zijn eigenlijk altijd handig. Wat dat je eigenlijk nodig hebt, is een coördinator… Is definiëren wie de coördinator wordt… En de coördinator van al die zaken hoeft niet eigenlijk de huisarts te zijn."*

De meeste huisartsen staan dus wel degelijk open voor interacties met vrijwilligers in de palliatieve zorg, indien deze zinvol zijn. Echter, deze interacties blijven in hun huidige praktijk momenteel nog zeer beperkt. Een

efficiënte samenwerking is belangrijk, wat betekent dat de vrijwilligers niet telkens rechtstreeks met de huisarts hoeven te communiceren.

3.2.4 Onbekendheid met de rol van vrijwilligers leidt tot onvoldoende herkenbaarheid bij huisartsen

Zoals reeds eerder vermeld, gaven de meeste respondenten aan geen (of slechts zelden) rechtstreeks contact te hebben met vrijwilligers. Onrechtstreeks contact komt ook slechts zelden voor, maar toch iets vaker dan rechtstreeks contact.

De vrijwilligers zijn voor meerdere van de ondervraagde huisartsen soms echter niet goed herkenbaar. Het is voor hen dan niet duidelijk of het om vrijwilligers gaat of niet:

> **Huisarts 1:** *"Dat weet ik eigenlijk niet goed, of dat die betaald zijn of dat dat vrijwillig is…"*

> **Huisarts 3:** *"Ik dacht dat dat dan allemaal professionelen waren."* (Wanneer er gevraagd werd of de huisarts reeds met vrijwilligers in de palliatieve zorg in contact was gekomen.)

In de context van grotere structuren (zoals in woonzorgcentra of palliatieve dagcentra) was bij meerdere respondenten wel beter geweten dat vrijwilligers bijdragen aan de patiëntenzorg.

> **Huisarts 1:** *"In het rusthuis zijn er vaak vrijwilligers, he."*

In zulke organisaties hebben de vrijwilligers vaak echter een ander aanspreekpunt dan de huisarts, voornamelijk de verpleegkundigen of artsen ter plekke, of andere coördinatoren van vrijwilligers:

> **Huisarts 2:** *"En zit die* (de vrijwilliger) *met een probleem met het medische, kan die dan teruggaan en terugkoppelen met de arts* (van de overkoepelende organisatie)*."*

Daarom staat het rechtstreekse contact met huisartsen in die context volgens sommige deelnemers minder op de voorgrond. In die context leidt de betere zichtbaarheid van vrijwilligers dus niet noodzakelijk tot meer interacties met huisartsen, aangezien dit daar niet nodig is. De vrijwilliger werkt daar namelijk samen met de professionele zorgverleners ter plaatse.

Er werd tijdens één van de interviews door één van de respondenten het voorstel op tafel gelegd om een eenmalige ontmoeting tussen huisartsen en vrijwilligers van de buurt te organiseren, opdat vrijwilligers meer herkenbaar zouden zijn en hun rol duidelijker zou zijn:

> **Huisarts 6:***"Ik denk in beide richtingen. Voor ons om echt effectief te weten wat er allemaal kan gedaan worden, en voor hen misschien ook. Zij kennen ons dan iets beter, dus misschien ook gemakkelijker om een keer eens een telefoon te nemen of als je een keer eens iets wil… Als je iets wil bespreken of vragen ofzo. Als ze je persoonlijk kennen, is dat altijd iets gemakkelijker."*

De rol van de vrijwilligers is door sommige huisartsen namelijk nog niet volledig begrepen:

> **Huisarts 2:** *"Bedoel je mensen die geen familie zijn, dus geen mantelzorger, en die helpen?"* (Wanneer er gevraagd werd of deze respondent reeds rechtstreeks met een vrijwilliger in de palliatieve zorg in contact was gekomen.)

Kortom, ten gevolge van de beperkte ervaring met vrijwilligers zijn zij soms nog onvoldoende herkenbaar voor huisartsen.

4. Discussie

Tijdens deze studie werd onderzoek gedaan naar de perceptie van huisartsen (die werkzaam zijn in Vlaanderen) van de rol en bijdrage van vrijwilligers in de palliatieve zorg, evenals van de (nodige) competenties van deze vrijwilligers. Ook werd er nagegaan of huisartsen een eventuele interactie met deze vrijwilligers zinvol vinden en wat hun perceptie hiervan is (en hoe dit zich naar hun praktijk zou vertalen).

4.1 Belangrijkste bevindingen

De meeste ondervraagde huisartsen komen regelmatig in contact met palliatieve zorg. Echter, bij de meeste van hen blijven de interacties of contacten met vrijwilligers in deze sector beperkt.
Meerdere van de deelnemers zien vrijwilligers in de palliatieve zorg omwille van verscheidene redenen als een meerwaarde voor de patiënt en zijn of haar omgeving en voor het team: ze zorgen voor een verbinding van formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, bieden aanpasbare hulp, en helpen bij het ontlasten van mantelzorgers. Het inzetten van vrijwilligers is naar de mening van sommige huisartsen echter niet altijd nodig. Deze nood hangt bijvoorbeeld af van de omkadering van de patiënt, die volgens hen vaak al voldoende is.

Daarnaast heerst er bij verscheidene participanten onduidelijkheid over de competenties en opleidingen die aanwezig of nodig zijn voor vrijwilligers in de palliatieve zorg. Bovendien waren de meningen omtrent deze competenties en opleidingen niet eenduidig. Enerzijds staat de vrijwilliger die enkel menselijk moet zijn en geen andere capaciteiten dient te hebben. Anderzijds dient deze vrijwilliger volgens andere deelnemers specifieke kwaliteiten te bezitten of een bepaalde opleiding genoten te hebben. Meerdere respondenten menen dat een opleiding voor de vrijwilligers nuttig is, alhoewel niet alle ondervraagde huisartsen akkoord gaan over het nut van de verplichting van deze opleiding. Twee participanten vermeldden dat het verplichten van de opleiding volgens hen mogelijk een demotiverend effect zou kunnen hebben. De respondenten gaven ook enkele voorbeelden van welke opleidingsonderwerpen nuttig zouden zijn. Ook werd door twee van de participanten een nodige screening voor kandidaat-vrijwilligers aangehaald.

Verder staan de ondervraagde huisartsen, ondanks hun beperkte ervaring met vrijwilligers, open voor interacties met hen. Deze interacties dienen wel efficiënt te verlopen. Interacties tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg zijn volgens meerdere respondenten namelijk nuttig, maar hoeven niet telkens rechtstreeks via de huisarts te gebeuren. Volgens twee van de participanten vormde de tijdsdruk die ze met zulke interacties en het contact met vrijwilligers associëren een mogelijke bijkomende last voor de huisarts.

Ten slotte leidt de onbekendheid van meerdere respondenten met de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg bij hen tot onvoldoende herkenbaarheid van deze vrijwilligers.

4.2 Interpretatie en toetsing van de bevindingen aan de reeds bestaande literatuur

De meerderheid van de in deze studie ondervraagde huisartsen komt regelmatig in contact met palliatieve zorg. Dit contrasteert met het feit dat de meeste van hen geen tot weinig rechtstreekse (en soms zelfs onrechtstreekse) interacties met vrijwilligers in de palliatieve zorg hebben. Dit komt wel overeen met de literatuur, waarin wordt aangetroffen dat huisartsen effectief niet (of slechts zelden) rechtstreeks met vrijwilligers in de palliatieve zorg in contact komen.[5] Bij het interpreteren van de verzamelde data dient er hiermee rekening te worden gehouden, aangezien de antwoorden van de respondenten daarom mogelijk (deels) op veronderstellingen in plaats van op feiten gebaseerd zijn.

Enerzijds beschouwen sommige respondenten vrijwilligers in de palliatieve zorg als een aanvulling op het palliatieve team, aangezien ze menen dat ze een signalerende functie kunnen hebben, maar ook een psychosociale rol kunnen uitoefenen. Anderzijds blijken vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens enkele andere respondenten eerder een vervangende functie aan te nemen: ze ontlasten dan bijvoorbeeld de mantelzorger door taken hiervan over te nemen. Sommige huisartsen vermeldden dat een vrijwilliger inzetten niet altijd nodig is, bijvoorbeeld wanneer een patiënt reeds voldoende omkaderd is. Ook zo blijkt de rol van deze vrijwilligers volgens sommige respondenten niet overeen te stemmen met de complementaire rol die vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens de literatuur hebben, waarin ze een eigen en unieke rol bezitten: ze hebben bijvoorbeeld een signaleringsfunctie en helpen met psychosociale ondersteuning.[6,31,33–36,40,41] De uiterst belangrijke rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg werd reeds in de literatuur aangetoond.[40,69] Dankzij de unieke band tussen vrijwilligers en palliatieve patiënten, dragen de vrijwilligers bij aan bijkomende communicatie met andere leden van het team.[9,46,47] Ook overbruggen ze de kloof tussen formele en informele zorg.[7–9]
Volgens deze studie vervullen vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens sommige huisartsen dus eerder een vervangende rol.

Tevens geeft deze studie aan dat de lage herkenbaarheid van vrijwilligers door de beperkte ervaringen die de ondervraagde huisartsen met hen hebben een mogelijke barrière is voor interacties met vrijwilligers in de palliatieve zorg.
Ondanks de in de literatuur beschreven complementaire rol,[6,31,33–36,40,41] heerst er bij sommige participanten nog onduidelijkheid en onenigheid omtrent de competenties en opleiding van vrijwilligers in de palliatieve zorg. Hieruit blijkt dat huisartsen, mogelijk ten gevolge van hun beperkte ervaring met vrijwilligers in de palliatieve zorg, niet altijd een duidelijk beeld hebben van wat de taken van deze vrijwilligers precies inhouden, welke opleidingen ze precies genieten, en dus ook hoe ze precies kunnen worden ingezet. Ook hier wordt een discrepantie opgemerkt tussen de eisen van huisartsen tegenover vrijwilligers in de palliatieve zorg: sommige huisartsen achten zo'n opleiding nodig, sommigen vragen een screening van vrijwilligers, terwijl andere participanten zo'n opleiding niet altijd noodzakelijk vinden. Dit komt ook overeen met de uiteenlopende taken en opleidingen van vrijwilligers die door de respondenten beschreven werden. In deze mogelijke taken en opleidingen worden de (volgens huisartsen) nodige competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg weerspiegeld. Hiernaast leest men in de literatuur dat de unieke rol als overbrugging tussen formele en informele zorg die vrijwilligers in de palliatieve zorg innemen,[7–9] kan leiden tot onzekerheid ten gevolge van de onbekendheid van vrijwilligers bij professionele zorgverleners.[7]
Bovendien blijken sommige huisartsen geen eenduidige eisen voor de competenties en opleidingen of screening van vrijwilligers in de palliatieve zorg te hebben. Sommige huisartsen lijken het niet eenvoudig te vinden om zich een weg te banen in de werking en het inzetten van zulke vrijwilligers, mogelijk omdat ze op zoek zijn naar '*de* vrijwilliger'. Echter, vrijwilligerswerk kan een vorm van zelfverwezenlijking zijn.[70] Ook wordt de motivatie om vrijwilliger in de palliatieve zorg te zijn door allerlei verschillende factoren bepaald, waaronder ook persoonlijke elementen die eigen zijn aan een vrijwilliger.[9] Bovendien kunnen vrijwilligers uiteenlopende taken krijgen.[7,32,36–38] Hierdoor krijgt hun rol een complexe vorm.[33,39] Volgens de literatuur bestaat '*de* vrijwilliger' niet.[7] Mogelijk leidt dit bij de respondenten ook tot onduidelijkheid omtrent de rol, de taken en de opleiding van vrijwilligers in de palliatieve zorg, en hoe ze precies door huisartsen kunnen ingezet worden.
Deze beperkte ervaring met vrijwilligers blijkt ook uit de literatuur, waarin wordt teruggevonden dat huisartsen slechts zelden rechtstreeks in contact komen met vrijwilligers in de palliatieve zorg.[5] Het is onduidelijk of dit bij deze deelnemers een rechtstreeks negatieve invloed heeft op het verder opbouwen van vertrouwen tussen beide partijen. Hier dient in de toekomst nog bijkomend onderzoek naar te worden gevoerd. In de bestaande literatuur werd er namelijk aangetoond dat er nog onvoldoende vertrouwen is tussen professionele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg en dat het verder opbouwen hiervan nodig is.[6,7]

Het verder opbouwen van dit vertrouwen is belangrijk, aangezien er verwacht wordt dat de palliatieve zorg verder zal evolueren naar een meer gemeenschapsgerichte palliatieve zorg en levenseinde[7] in het kader van de

vergrijzing van de populatie en het hierdoor belangrijker worden van palliatieve zorg.[11]
Uit de literatuur blijkt dat de belangrijke rol van professionele hulpverleners bij gesprekken aangaande vrijwilligerswerk niet kan worden ontkend.[71]
Echter, door deze te verwachten verdere evolutie ontstaat ook de vraag of de complementaire rol van de vrijwilliger in de palliatieve zorg daarom in de toekomst verder mee zal evolueren. In de literatuur leest men namelijk dat er reeds veranderingen in de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg hebben plaatsgevonden.[7] Om dit te analyseren, zal er hier in de toekomst bijkomend onderzoek naar gedaan moeten worden.

De meeste deelnemers menen dat rechtstreeks contact tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg nuttig kan zijn. Ze staan open voor spontaan contact met vrijwilligers, maar enkel indien dit efficiënt gebeurt en niet ten koste is van de zorg die ze aan hun andere patiënten bieden. Dit betekent dat dit contact voor sommigen idealiter enkel zo nodig plaatsvindt, bijvoorbeeld wanneer een vrijwilliger ongerust is over een patiënt. Dit contrasteert met de zeer beperkte interacties tussen beide partijen, wat overeenkomt met de gegevens in de literatuur.[5]
Nochtans overleggen leden van zorgteams in de praktijk soms ook op een vastgelegd overlegmoment.[10] Er hoeven op zich dus geen bijkomende aparte overlegmomenten voor de vrijwilligers te worden voorzien, ze zouden eventueel betrokken kunnen worden bij bepaalde vergaderingen. In de literatuur vindt men terug dat er moet worden overwogen om vrijwilligers te betrekken bij zo'n overleg, wat ook belangrijk is om het zelfvertrouwen van vrijwilligers te vergroten en om de communicatie te verbeteren.[10] Hiernaast hoeven deze interacties volgens meerdere respondenten niet altijd rechtstreeks met de huisarts te gebeuren, maar kunnen de vrijwilligers bijvoorbeeld met de verpleegkundige communiceren, die dan beslist of de huisarts op de hoogte gebracht moet worden of niet. Hiernaast gaf een minderheid van de participanten aan bezorgd te zijn over de tijdsdruk, ook ten gevolge van de organisatie van vrijwilligers, die gepaard zou gaan met het inschakelen van en interageren met vrijwilligers. Echter, ondanks de centrale rol van de huisarts in de palliatieve zorg,[1] hoeft volgens één van de respondenten niet alles telkens door de huisarts georganiseerd te worden. Hieruit wordt er afgeleid dat deze ongerustheid mogelijk het gevolg is van de onbekendheid van vrijwilligers in de palliatieve zorg voor sommige huisartsen. Dit werd echter niet uitgebreider besproken met de deelnemers. Uit de literatuur blijkt dat vrijwilligerswerk reeds georganiseerd wordt, bijvoorbeeld door opleidingen aan te bieden aan vrijwilligers.[36]
Ook wordt palliatieve zorg in een multidisciplinair team uitgeoefend.[2,3]
Elk lid van dit team dient de rol van de andere teamleden te kennen, zodat de samenwerking vlot verloopt.[2,10]

De onbekendheid met de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg leidt bij sommige huisartsen tot een lage herkenbaarheid van zulke vrijwilligers. Vervolgens maken deze elementen het wellicht moeilijker voor huisartsen om vrijwilligers voor specifieke taken in te zetten. Het wordt, zoals reeds eerder vermeld, namelijk in de literatuur aangetoond dat de unieke rol die vrijwilligers in de palliatieve zorg innemen (onder andere door het overbruggen van formele en informele zorg),[7–9] kan leiden tot onzekerheid ten gevolge van de onbekendheid van vrijwilligers bij professionele zorgverleners.[7] Het verder identificeren en begrijpen van zulke barrières en het inzetten op het ontdekken van manieren om de bekendheid van vrijwilligers bij huisartsen te verhogen, zullen mogelijk belangrijke stappen naar een vlottere samenwerking tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg vormen.
Het effect hiervan op de patiëntenzorg of een eventuele belemmering van de patiëntenzorg ten gevolge van de lage herkenbaarheid van vrijwilligers in de palliatieve zorg voor huisartsen werd hier niet bestudeerd, onder andere gezien de beperkte ervaring van huisartsen met deze vrijwilligers. Hierover is in de toekomst nog bijkomend onderzoek nodig, aangezien dit nodig is om deze eventuele belemmering van patiëntenzorg tegen te gaan.

4.3 Sterktes en mogelijke limitaties van deze studie

De rekrutering van de deelnemers werd door de masterstudent uitgevoerd door contact te nemen met huisartsenkringen in gebieden die voor de onderzoeker relatief vlot bereikbaar waren. Dit betekent dat er mogelijk huisartsen konden deelnemen die de onderzoeker reeds kenden. Hier kunnen zowel voor- als nadelen aan gekoppeld worden.[72]
Ten eerste is het in zulke gevallen mogelijk eenvoudiger om een vlot contact te leggen met een deelnemer, waardoor deelnemers mogelijk ook gedetailleerder antwoorden.[72,73]
Hiernaast kan het kennen van de deelnemer ook als een nadeel worden beschouwd, aangezien dit het voor de interviewer moeilijker kan maken om zonder een eerder opgemaakt beeld naar de antwoorden van de deelnemer te luisteren.[72,73] Hier werd tijdens deze studie rekening mee gehouden; de locatie van het interview werd door de participant zelf bepaald, en telkens werd dezelfde topic guide gebruikt *(zie Bijlage 2: Topic guide)*, zodat alle onderwerpen bij iedereen aan bod kwamen en aanvankelijk op eenzelfde wijze werden aangebracht.

Individuele face-to-face semi-gestructureerde interviews bieden meerdere voordelen aan.[58]
Er kan zo namelijk betekenisvolle informatie bekomen worden met soms slechts enkele deelnemers, er kunnen verscheidene onderwerpen worden onderzocht aan de hand van open vragen (die vaak ook meer informatie opleveren) en het levert spontane antwoorden op van de deelnemers.[58] Ook beslissen de deelnemers bij semi-gestructureerde interviews ook deels mee over het verloop van het interview. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker meer ruimte voor interpretatie krijgt.[59] Echter, aangezien alle data die voor analyse bedoeld waren enkel via semi-gestructureerde interviews verzameld werden, moet men ervan bewust zijn dat 'researcher bias' kan optreden.[59] Ook daarom waren een goede voorbereiding van de interviewer en een nauwkeurig opgestelde topic guide belangrijk *(zie Bijlage 2: Topic guide)*, maar ook het meermaals herbeluisteren en herbekijken van de data. Op deze manier hoopte men toch meerdere interpretaties van de verzamelde data te onderzoeken.

Aangezien het de bedoeling was dat huisartsen zich zelf voor deelname aanmeldden (tenzij wanneer dit onderwerp tijdens gesprekken met de onderzoeker terloops ter sprake kwam), moet er hier ook rekening gehouden worden met een mogelijke 'self-selection bias'. Hierbij wordt er verondersteld dat voornamelijk deelnemers met een uitgesproken mening of met interesse in het onderwerp van de studie zich kandidaat stellen voor een onderzoek, waardoor bepaalde meningen of percepties de overhand kunnen nemen.[74] Tijdens de interviews viel het op dat er kandidaten met verscheidene persoonlijkheden aan de studie deelnamen, met niet enkel kandidaten met een zeer sterke mening, maar ook personen met een neutralere mening. Dit wijst op mogelijk een beperkte aanwezigheid van 'self-selection bias', waardoor de resultaten potentieel niet volledig representatief zijn voor de volledige studiepopulatie. Daarom werd er tijdens de analyse op gelet dat er niet te veel op één enkele mening of perceptie gefocust werd en dat er bij het interpreteren van de data met het geheel van de interviews rekening werd gehouden. Voor deze studie werd dit ook als sterkte gezien, aangezien dit betekent dat de kandidaten vermoedelijk bereid zijn om dieper op de te onderzoeken onderwerpen in te gaan. Ook werden de verzamelde data waar mogelijk aan de literatuur getoetst.

Ook met een eventuele 'social desirability bias' werd rekening gehouden, waarbij deelnemers (voornamelijk bij het bespreken van gevoelige onderwerpen) bepaalde meningen voor zichzelf houden om hun antwoord 'sociaal aanvaardbaar' te maken. Hierdoor kunnen percepties en meningen verloren gaan bij de dataverzameling.[75,76] Zodat de huisartsen zich op hun gemak zouden voelen tijdens de interviews, mochten zij zelf de locatie van het interview kiezen, en werd er getracht om de vragen tijdens het interview zo neutraal mogelijk te houden (zodat de participanten tijdens de interviews zo weinig mogelijk door de onderzoek beïnvloed werden.

Het was hiernaast de eerste keer dat de masterstudent interviews uitvoerde. Om de interviews zo vlot mogelijk te laten verlopen, werd nauwkeurig een topic guide opgesteld *(zie Bijlage 2: Topic guide)* en oefende de masterstudent eerst enkele keren met kennissen. Ook werd er waar nodig begeleiding door de promotor

voorzien. Er is echter geweten dat individuele interviews energie- en tijdrovend zijn, en dat de hoeveelheid data die verkregen wordt ook van de interviewer (en zijn of haar ervaring en kennis) afhangt.[59]

Alle interviews werden door de masterstudent uitgevoerd, getranscribeerd en geanalyseerd, waardoor de analyse mogelijk beperkter is dan wanneer er meerdere onderzoekers hieraan deelnemen. Het is namelijk aangetoond dat het coderen met verscheidene onderzoekers leidt tot een bredere interpretatie van de data.[77]
Dit element maakt 'confirmation bias' bij deze studie waarschijnlijker, waarbij men tracht om onze eigen assumpties over een onderwerp te bevestigen.[78,79] Daarom werd er hierbij ook begeleiding door de promotor voorzien, die ook input gaf bij het opstellen van de codes en de thema's.

Het rekruteren van deelnemers, het uitvoeren van de dataverzameling, de transcriptie en het uitvoeren van de analyse vormden een tijdrovend proces. Omwille van praktische redenen werd er gekozen om zich tijdens de rekrutering van de deelnemers te richten tot huisartsen die werkten op een locatie die (relatief) vlot bereikbaar was voor de onderzoeker. Hierbij dient een mogelijke selectiebias te worden erkend.[79] Om dit toch zoveel mogelijk te trachten te beperken, werden huisartsen gerekruteerd op basis van de reeds vermelde inclusie- en exclusiecriteria, evenals op basis van hun interesse in deelname en beschikbaarheid hiervoor. Hiernaast namen er uiteindelijk wel deelnemers uit verscheidene leeftijdsgroepen deel aan het onderzoek, en namen zowel mannen als vrouwen deel aan deze studie. Aangezien er geen huisartsen deelnamen die op dat moment in een wijkgezondheidscentrum werkzaam waren, kan men zich hier over deze groep dus niet uitspreken (alhoewel het mogelijk is dat hun mening overeenkomt met die van de andere participanten).
Door tijdsnood konden slechts zeven van de acht gewenste deelnemers gerekruteerd worden. Echter, tijdens het laatste interview werd er gemerkt dat er slechts weinig nieuwe informatie naar boven kwam. Dit betekent dat datasaturatie vermoedelijk grotendeels bereikt werd.

Tot slot moet men rekening houden met een eventuele 'recall bias', omdat de analyse hier volledig gebaseerd is op zelf-gerapporteerde data.[80,81] Aangezien het hier om een kwalitatieve studie en het om de perceptie van de deelnemers gaat, vormde deze bias hier niet het voornaamste probleem. Wel werd er hier, of toch zoveel mogelijk, rekening mee gehouden bij het uitvoeren van de analyse en het neerschrijven van de discussie.

4.4 Mogelijkheden voor toekomstig onderzoek

Verder onderzoek is noodzakelijk om een breder inzicht in het onderwerp van deze studie te verkrijgen. In een eerder deel van deze discussie werden reeds enkele ideeën hiervoor gegeven.

In dit onderzoek werden geen interviews gehouden met huisartsen die in een wijkgezondheidscentrum werkzaam zijn en die bijgevolg een ander financieringsmodel dan prestatiefinanciering hanteren, namelijk een forfaitair systeem. Mogelijk wordt bijvoorbeeld tijdsdruk in dit ander financieringsmodel, ten gevolge van de andere manier van werken, anders ervaren door de huisartsen. Dit is, zoals reeds vermeld, één van de limitaties van dit onderzoek, aangezien hun meningen mogelijk verschillend zijn. Hun percepties omtrent het onderwerp van dit onderzoek zouden, indien anders dan de perceptie van de huisartsen in deze studie, zorgen voor een diepgaander inzicht hierin.

Gezien de soms wisselende percepties van huisartsen van vrijwilligers, kan een studie aan de hand van focusgroepen nuttig zijn voor het ontwikkelen van meer diepgaande inzichten door interactie tussen de deelnemers te creëren.[59] Deze eventuele nieuwe inzichten kunnen dan met de huidige inzichten vergeleken worden.

Tevens werd de perceptie van huisartsen van het effect van de onbekendheid en lage herkenbaarheid van vrijwilligers voor sommige huisartsen op de patiëntenzorg in deze studie nog niet onderzocht. Wel zou het

ontwikkelen van meer kennis omtrent dit onderwerp (bv. omtrent manieren om de bekendheid van vrijwilligers bij huisartsen te verhogen) nuttig zijn, om zo onder andere de eventuele belemmering van patiëntenzorg die hierdoor zou kunnen ontstaan, tegen te gaan.

Ten slotte is het, met het oog op de te verwachten verdere verschuiving naar een meer gemeenschapsgerichte palliatieve zorg,[7] belangrijk om steeds verder onderzoek te blijven doen rond de (evolutie van de) rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg. Vervolgens kan er bepaald worden wat deze evolutie voor de patiëntenzorg zal betekenen. Ook in de literatuur werd reeds beschreven dat veranderingen rond vrijwilligers in de palliatieve zorg kunnen leiden tot een nood aan bijkomend onderzoek omtrent dit onderwerp.[7]

5. Besluit

In deze kwalitatieve studie werd de perceptie van huisartsen werkzaam in Vlaanderen van de rol, de bijdrage, en de (nodige) competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg onderzocht, evenals van de interacties tussen beide partijen.

Huisartsen komen slechts zelden in contact met vrijwilligers in de palliatieve zorg, ondanks de centrale rol van huisartsen in deze discipline. Niettegenstaande hun beperkte ervaringen met deze vrijwilligers, beschouwen ze vrijwilligers in de palliatieve zorg als een waardevolle bijdrage aan het team omwille van volgende factoren: ze verbinden de formele en informele zorg bij weinig omkaderde patiënten, ze kunnen aanpasbare hulp bieden, en ze kunnen mantelzorgers ontlasten. Volgens deze studie vervullen vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens sommige huisartsen eerder een vervangende rol, terwijl ze volgens anderen eerder de gewoonlijke complementaire rol hebben.

De resultaten tonen opmerkelijke discrepanties tussen de percepties van verscheidene huisartsen omtrent de competenties van vrijwilligers in de palliatieve zorg. Enerzijds is een opleiding volgens sommige huisartsen nuttig of dient een screening voor de vrijwilligers te worden georganiseerd. Anderzijds hoeft deze opleiding voor andere huisartsen niet te worden verplicht. Dit strookt met de uiteenlopende taken van vrijwilligers die door de huisartsen beschreven werden en is wellicht het gevolg van hun beperkte ervaringen met deze vrijwilligers. Dit maakt het mogelijk moeilijker voor huisartsen om vrijwilligers in te zetten.

Bovendien staan huisartsen, ondanks hun beperkte ervaring met vrijwilligers in de palliatieve zorg, open voor interacties met deze vrijwilligers, maar deze dienen wel efficiënt te gebeuren. Zulke interacties zijn volgens hen namelijk soms nuttig, maar hoeven niet telkens rechtstreeks via de huisarts plaats te vinden.

Ten slotte leidt de onbekendheid van de respondenten in deze studie met de rol van vrijwilligers in de palliatieve zorg tot onvoldoende herkenbaarheid bij deze huisartsen, waardoor dit ook een mogelijke barrière voor interacties met deze vrijwilligers vormt. Dit maakt het wellicht minder eenvoudig om vrijwilligers in te zetten.

Het is belangrijk om in de toekomst de onduidelijkheid en de onbekendheid omtrent vrijwilligers in de palliatieve zorg die bij sommige huisartsen heerst, verder te onderzoeken en aan te pakken.

6. Dankwoord

Graag zou ik mijn promotor bedanken voor zijn ondersteuning, uitgebreide uitleg en geduld bij het werken aan mijn masterproef. Het feit dat het de eerste keer was dat ik zelf een kwalitatief onderzoek uitvoerde, maakte het leerproces des te waardevoller en de leercurve des te steiler. Vervolgens ben ik alle deelnemers zeer dankbaar voor de tijd die ze zo enthousiast aan dit onderzoek geschonken hebben. Ten slotte wens ik van de gelegenheid gebruik te maken om mijn naasten, mijn praktijkopleider en mijn andere collega's te bedanken voor hun hulp en motiverende woorden.

7. Referenties

1. Senior H, Grant M, Rhee JJ, et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(e1):e1-e11. doi:10.1136/bmjspcare-2019-001852

2. Teoli D, Schoo C, Kalish VB. Palliative Care. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2024. Accessed May 1, 2024. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/

3. Fernando G, Hughes S. Team approaches in palliative care: a review of the literature. *Int J Palliat Nurs*. 2019;25(9):444-451. doi:10.12968/ijpn.2019.25.9.444

4. Vanderstichelen S, Cohen J, Van Wesemael Y, Deliens L, Chambaere K. The involvement of volunteers in palliative care and their collaboration with healthcare professionals: A cross-sectional volunteer survey across the Flemish healthcare system (Belgium). *Health & Social Care in the Community*. 2020;28(3):747-761. doi:10.1111/hsc.12905

5. Vanderstichelen S, Cohen J, Van Wesemael Y, Deliens L, Chambaere K. Perspectives on Volunteer-Professional Collaboration in Palliative Care: A Qualitative Study Among Volunteers, Patients, Family Carers, and Health Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;58(2):198-207.e7. doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.04.016

6. Sévigny A, Dumont S, Cohen SR, Frappier A. Helping Them Live Until They Die: Volunteer Practices in Palliative Home Care. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2010;39(4):734-752. doi:10.1177/0899764009339074

7. Vanderstichelen S. Palliative care volunteering: Pressing challenges in research. *Palliat Med*. 2022;36(4):564-566. doi:10.1177/02692163221089483

8. Block EM, Casarett DJ, Spence C, Gozalo P, Connor SR, Teno JM. Got Volunteers? Association of Hospice Use of Volunteers With Bereaved Family Members' Overall Rating of the Quality of End-of-Life Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;39(3):502-506. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.310

9. Zhang Y, Zhao W, Zhang H, Dai Y, Liu Z, Sheng Y. Facilitators and Barriers to Volunteers' Involvement in Palliative Care: A Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Pain and Symptom Management*. Published online June 12, 2026. doi:10.1016/j.jpainsymman.2026.06.011

10. Oliver K, Brown M, Walshe C, Salifu Y. A Meta-Ethnographic Review of Paid Staff and Volunteers Working together in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2023;66(6):656-670.e11. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.08.004

11. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 2017;15(1):102. doi:10.1186/s12916-017-0860-2

12. Fast J, Keating N, Otfinowski P, Derksen L. Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. *Can J Aging*. 2004;23(1):5-19. doi:10.1353/cja.2004.0003

13. Knickman JR, Snell EK. The 2030 Problem: Caring for Aging Baby Boomers. *Health Services Research*. 2002;37(4):849-884. doi:10.1034/j.1600-0560.2002.56.x

14. Arno PS, Levine C, Memmott MM. The economic value of informal caregiving. *Health Aff (Millwood)*. 1999;18(2):182-188. doi:10.1377/hlthaff.18.2.182

15. World Health Organisation. Palliative care. August 2020. Accessed May 1, 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

16. Milazzo S, Hansen E, Carozza D, Case AA. How Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? *Curr Treat Options in Oncol*. 2020;21(2):12. doi:10.1007/s11864-020-0702-x

17. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9930):1721-1730. doi:10.1016/S0140-6736(13)62416-2

18. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, et al. Defining the Elements of Early Palliative Care That Are Associated With Patient-Reported Outcomes and the Delivery of End-of-Life Care. *JCO*. 2018;36(11):1096-1102. doi:10.1200/JCO.2017.75.6676

19. Agustina R, Ispriantari A, Konlan KD, Lin MF. Impact of early palliative care on the quality of life in caregivers of cancer patients: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2023;20(3):178-190. doi:10.1111/wvn.12629

20. Cohen J, Smets T, Pardon K, Deliens L. Palliatieve zorg, meer dan stervensbegeleiding: nood aan integratie en verbreding. In: Lannoo Campus; 2015:229.

21. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, et al. Organisatie van palliatieve zorg in België. 2009;(KCE reports vol 115A). Accessed May 4, 2024. https://leif.be/data/Wetgeving/Rapporten/PalliatievezorgKCE102009.pdf

22. Atreya S, Datta S, Salins N. Public Health Perspective of Primary Palliative Care: A Review through the Lenses of General Practitioners. *Indian J Palliat Care*. 2022;28(3):229-235. doi:10.25259/IJPC_9_2022

23. Murray SA, Boyd K, Sheikh A, Thomas K, Higginson IJ. Developing primary palliative care. *BMJ*. 2004;329(7474):1056-1057. doi:10.1136/bmj.329.7474.1056

24. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52(484):934-939.

25. Slort W, Schweitzer B, Blankenstein A, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner–patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliat Med*. 2011;25(6):613-629. doi:10.1177/0269216310395987

26. Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract*. 2011;28(5):532-540. doi:10.1093/fampra/cmr011

27. Green E, Knight S, Gott M, Barclay S, White P. Patients' and carers' perspectives of palliative care in general practice: A systematic review with narrative synthesis. *Palliat Med*. 2018;32(4):838-850. doi:10.1177/0269216317748862

28. Street A, Blackford J. Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team - Street - 2001 - Journal of Clinical Nursing - Wiley Online Library. Accessed August 4, 2024. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2001.00549.x?sid=nlm%3Apubmed

29. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. doi:10.1191/0269216302pm573oa

30. Mitchell GK. End-of-life care for patients with cancer. Australian Family Physician. Accessed August 3, 2024. https://www.racgp.org.au/afp/2014/august/end-of-life-care-for-patients-with-cancer

31. Goossensen A, Somsen J, Scott R, Pelttari L. Defining volunteering in hospice and palliative care in Europe: And EAPC white paper. *European Journal of Palliative Care*. Published online 2016.

32. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. Assistance from Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients. *N Engl J Med*. 1999;341(13):956-963. doi:10.1056/NEJM199909233411306

33. Bloomer MJ, Walshe C. 'It's not what they were expecting': A systematic review and narrative synthesis of the role and experience of the hospital palliative care volunteer. *Palliat Med*. 2020;34(5):589-604. doi:10.1177/0269216319899025

34. Yildiz B, van der Heide A, Bakan M, et al. Facilitators and barriers of implementing end-of-life care volunteering in a hospital in five European countries: the iLIVE study. *BMC Palliative Care*. 2024;23(1):88. doi:10.1186/s12904-024-01423-5

35. Burbeck R, Candy B, Low J, Rees R. Understanding the role of the volunteer in specialist palliative care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):3. doi:10.1186/1472-684X-13-3

36. Vanderstichelen S, Houttekier D, Cohen J, Van Wesemael Y, Deliens L, Chambaere K. Palliative care volunteerism across the healthcare system: A survey study. *Palliat Med*. 2018;32(7):1233-1245. doi:10.1177/0269216318772263

37. Handy, F., & Srinivasan, N. (2004). Valuing Volunteers: An Economic Evaluation of the Net Benefits of Hospital Volunteers. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 33(1), 28-54.

38. Hiatt SW, Jones AA. Volunteer services for vulnerable families and at-risk elderly. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(1):141-148. doi:10.1016/S0145-2134(99)00112-X

39. Delaloye S, Escher M, Luthy C, Piguet V, Dayer P, Cedraschi C. Volunteers trained in palliative care at the hospital: an original and dynamic resource. *Palliat Support Care*. 2015;13(3):601-607. doi:10.1017/S1478951514000169

40. Candy B, France R, Low J, Sampson L. Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family wellbeing? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(3):756-768. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.08.007

41. Vanderstichelen S, Cohen J, Wesemael YV, Deliens L, Chambaere K. The liminal space palliative care volunteers occupy and their roles within it: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2020;10(3):e28-e28. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001632

42. Claxton-Oldfield S, Wasylkiw L, Mark M, Claxton-Oldfield J. The Inventory of Motivations for Hospice Palliative Care Volunteerism: A Tool for Recruitment and Retention. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28(1):35-43. doi:10.1177/1049909110373509

43. Morris S, Wilmot A, Hill M, Ockenden N, Payne S. A narrative literature review of the contribution of volunteers in end-of-life care services. *Palliat Med*. 2013;27(5):428-436. doi:10.1177/0269216312453608

44. Stelzer EM, Lang FR. Motivations of German Hospice Volunteers: How Do They Compare to Nonhospice Volunteers and US Hospice Volunteers? *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(2):154-163. doi:10.1177/1049909114559067

45. Andersson B, Ohlén J. Being a hospice volunteer. *Palliat Med*. 2005;19(8):602-609. doi:10.1191/0269216305pm1083oa

46. Coleman H, Walshe C. What are the Emotional Experiences of Being a Volunteer in Palliative and End-of-Life Care Settings? A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):e232-e247. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.02.025

47. Cassidy M, Thompson R, El-Nagib R, Hickling LM, Priebe S. Motivations and experiences of volunteers and patients in mental health befriending: a thematic analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):116. doi:10.1186/s12888-019-2102-y

48. Luijkx KG, Schols JMGA. Volunteers in Palliative Care Make A Difference. *J Palliat Care*. 2009;25(1):30-39. doi:10.1177/082585970902500104

49. McGlinchey T, Mason SR, Smeding R, et al. ILIVE Project Volunteer study. Developing international consensus for a European Core Curriculum for hospital end-of-life-care volunteer services, to train volunteers to support patients in the last weeks of life: A Delphi study. *Palliat Med*. 2022;36(4):652-670. doi:10.1177/02692163211045305

50. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(7). doi:10.1002/14651858.CD009500.pub2

51. Brighton LJ, Koffman J, Robinson V, et al. 'End of life could be on any ward really': A qualitative study of hospital volunteers' end-of-life care training needs and learning preferences. *Palliat Med*. 2017;31(9):842-852. doi:10.1177/0269216316679929

52. Teixeira MJC, Alvarelhão J, Neri de Souza D, et al. Healthcare professionals and volunteers education in palliative care to promote the best practice–an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(2):311-328. doi:10.1111/scs.12651

53. Van Steenbergen S, Vanderstichelen S, Statema EG, Deliens L, Dury S, Chambaere K. Development of the 'Attentive Visitors' workshop supporting community volunteers in their palliative care signposting role. *Public Health in Practice*. 2025;10:100663. doi:10.1016/j.puhip.2025.100663

54. Naylor C, Mundle C, Weaks L, Buck D. *Volunteering in Health and Care: Securing a Sustainable Future*. The King's Fund; 2013.

55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042

56. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Community Health*. 2019;7(2):e000057. doi:10.1136/fmch-2018-000057

57. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(12):2954-2965. doi:10.1111/jan.13031

58. Opdenakker R. Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2006;7(4):4. doi:10.17169/fqs-7.4.175

59. Pyo J, Lee W, Choi EY, Jang SG, Ock M. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *J Prev Med Public Health*. 2023;56(1):12-20. doi:10.3961/jpmph.22.451

60. O'Reilly-Shah VN. Factors influencing healthcare provider respondent fatigue answering a globally administered in-app survey. *PeerJ*. 2017;5:e3785. doi:10.7717/peerj.3785

61. Le A, Han BH, Palamar JJ. When national drug surveys "take too long": An examination of who is at risk for survey fatigue. *Drug Alcohol Depend*. 2021;225:108769. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.108769

62. Ghafourifard M. Survey Fatigue in Questionnaire Based Research: The Issues and Solutions. *J Caring Sci*. 2024;13(4):214-215. doi:10.34172/jcs.33287

63. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*. 2006;40(4):314-321. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x

64. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2019;11(4):589-597. doi:10.1080/2159676X.2019.1628806

65. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

66. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. In: 2012:57-71.

67. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant*. 2022;56(3):1391-1412. doi:10.1007/s11135-021-01182-y

68. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*. 2021;18(3):328-352. doi:10.1080/14780887.2020.1769238

69. Sallnow L, Richardson H, Murray SA, Kellehear A. The impact of a new public health approach to end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med*. 2016;30(3):200-211. doi:10.1177/0269216315599869

70. Chen J, Wang C, Tang Y. Knowledge Mapping of Volunteer Motivation: A Bibliometric Analysis and Cross-Cultural Comparative Study. *Front Psychol*. Published online 2022. Accessed August 12, 2026. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9204154/

71. van Leussen C, Thölking T, van Wijngaarden E. Family caregivers at the crossroads - considerations, values and the decision to involve volunteers in end-of-life home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2025;172:105206. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105206

72. Brewis J. The Ethics of Researching Friends: On Convenience Sampling in Qualitative Management and Organization Studies. *British J of Management*. 2014;25(4):849-862. doi:10.1111/1467-8551.12064

73. Hodkinson P. 'Insider Research' in the Study of Youth Cultures. *Journal of Youth Studies - J YOUTH STUD*. 2005;8:131-149. doi:10.1080/13676260500149238

74. Popovic A, Huecker MR. Study Bias. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2026. Accessed July 19, 2026. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574513/

75. "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research - Nicole Bergen, Ronald Labonté, 2020. Accessed July 19, 2026. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732319889354?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

76. Bispo JP. Social desirability bias in qualitative health research. *Rev Saude Publica*. 2022;56:101. doi:10.11606/s1518-8787.2022056004164

77. Coulston F, Lynch F, Vears DF. Collaborative coding in inductive content analysis: Why, when, and how to do it. *J Genet Couns*. 2025;34(3):e70030. doi:10.1002/jgc4.70030

78. Glick M. Believing is seeing: Confirmation bias. *The Journal of the American Dental Association*. 2017;148(3):131-132. doi:10.1016/j.adaj.2017.01.009

79. Smith J, Noble H. Understanding sources of bias in research. *Evid Based Nurs*. 2025;28(3):e104231. doi:10.1136/ebnurs-2024-104231

80. Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *IJE*. 2006;3(2). doi:10.5580/2732

81. Brusco NK, Watts JJ. Empirical evidence of recall bias for primary health care visits. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):381. doi:10.1186/s12913-015-1039-1

8. Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Korte vragenlijst:

1) Tot welke leeftijdsgroep behoort u?
   a) 24-35 jaar
   b) 36-45 jaar
   c) 46-55 jaar
   d) 55-65 jaar
   e) Meer dan 65 jaar
2) Wat is uw geslacht?
   a) Man
   b) Vrouw
   c) Zeg ik liever niet
3) In welk type huisartsenpraktijk werkt u momenteel? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
   a) Een solopraktijk
   b) Een duopraktijk
   c) Een groepspraktijk
   d) Een multidisciplinaire praktijk
   e) Een wijkgezondheidscentrum
   f) Ander antwoord dan de hierboven benoemde opties
4) Met welk financieringsmodel werkt u momenteel?
   a) New Deal
   b) Forfaitair
   c) Prestatiefinanciering
   d) Ander antwoord
5) In welke provincie werkt u momenteel?
   a) Vlaams-Brabant
   b) Limburg
   c) Oost-Vlaanderen
   d) West-Vlaanderen
   e) Antwerpen

8.2 Bijlage 2: Topic guide:

1) Aankomst op de locatie van het interview: deelnemer begroeten, zichzelf voorstellen, korte kennismaking (timing: ongeveer 5 minuten)

2) Uitleg geven: verloop van het interview, informed consent. (timing: ongeveer 10 minuten)

3) Semi-gestructureerd interview:

    a) Kort schetsen van de ervaring van de participanten met de palliatieve zorg (timing: ongeveer 10 minuten)

        i. Kan u mij kort iets vertellen over uw ervaringen met palliatieve zorg?
        1. Tot wie richt u zich bij nood aan bijkomende ondersteuning wanneer het gaat om personen met palliatieve zorgnoden?
        2. In welke settings komt u vooral in contact met personen met palliatieve zorgnoden?

    b) Schetsen van de ervaring van de participanten met vrijwilligers in de palliatieve zorg (timing: ongeveer 10 minuten)

        i. Kwam u zelf reeds rechtstreeks in contact met vrijwilligers in de palliatieve zorg? Zo ja, hoe vaak valt dit voor en kan u mij dan iets vertellen over uw eerdere ervaringen met vrijwilligers in de palliatieve zorg?
        1. Welke bijdrage leveren zij volgens u aan de zorg voor patiënten met palliatieve zorgnoden? Waarom denkt u dit?
        2. Zijn er volgens u ook beperkingen in hun bijdrage aan de zorg voor uw patiënten met palliatieve noden? Waarom denkt u dit?

    c) Kennis en attitude van huisartsen omtrent de training van vrijwilligers in de palliatieve zorg (timing: ongeveer 10 minuten)

        i. Welke competenties moeten alle vrijwilligers in de palliatieve zorg volgens u bezitten? En welke kennis en vaardigheden hebben zij volgens u? Geef gerust enkele concrete voorbeelden.

        ii. Welke thema's zouden volgens u moeten voorkomen in de training van alle vrijwilligers in de palliatieve zorg? Waarom?

        iii. Indien u reeds rechtstreeks in contact kwam met vrijwilligers in de palliatieve zorg, worden zij volgens u dan optimaal voorbereid op het zorgen voor personen met palliatieve zorgnoden?

    d) Bespreken van eventuele interacties tussen vrijwilligers in de palliatieve zorg en huisartsen (timing: ongeveer 10 minuten)

        i. Hoe belangrijk en zinvol acht u het rechtstreekse contact tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg? Waarom?

1. Zijn er omstandigheden waarin het voor u voordelig is of zou zijn om rechtstreeks contact te hebben met vrijwilligers in de palliatieve zorg?
   a. Zo ja, kan u één of meer voorbeelden van zulke situaties geven?

4) Einde van het interview: navragen of de deelnemer zelf geen vragen meer heeft, zelf een korte samenvatting van het gesprek maken en de deelnemer de kans geven om eventuele correcties hiervan of aanvullingen hieraan mee te delen.

5) Korte papieren demografische vragenlijst: in te vullen door de deelnemer (timing: ongeveer 5 minuten)

6) Het gesprek afronden, deelnemer bedanken, afscheid nemen (timing: ongeveer 5 minuten)

8.3 Bijlage 3: E-mail naar huisartsenkringen voor rekrutering van deelnemers:

Geachte meneer,
Geachte mevrouw,

Als huisarts in opleiding aan de Vrije Universiteit Brussel ben ik momenteel volop bezig met mijn masterproef. Hierbij onderzoek ik de perceptie van huisartsen omtrent onder andere competenties, training en samenwerking met vrijwilligers in de palliatieve zorg.
Tijdens dit onderzoek is het de bedoeling om informatie te verzamelen aan de hand van individuele interviews en korte vragenlijsten met huisartsen.

Zou het mogelijk zijn om onderstaand bericht te verspreiden onder de huisartsen van uw kring, aub? Ik voeg dit toe onderaan in deze e-mail.

Ik blijf uiteraard beschikbaar indien u bijkomende informatie zou wensen.

Alvast hartelijk dank.

Met vriendelijke groeten,

Valentine Bizzarri
Huisarts in opleiding, Vrije Universiteit Brussel

Te verspreiden bericht: Masterproef huisarts in opleiding

Geachte meneer,
Geachte mevrouw,

Als huisarts in opleiding aan de Vrije Universiteit Brussel ben ik momenteel volop bezig met mijn masterproef. Hierbij onderzoek ik de perceptie van huisartsen omtrent onder andere competenties, training en samenwerking met vrijwilligers in de palliatieve zorg.

We zijn daarom op zoek naar huisartsen die zin hebben om deel te nemen aan een interview en een korte vragenlijst. Het interview zou ongeveer een uur duren, zou op een afgesproken locatie plaatsvinden (bijvoorbeeld in jullie huisartsenpraktijk) en zou meteen gevolgd worden door een korte vragenlijst (voor het verzamelen van socio-demografische gegevens).

Wie kan aan het onderzoek deelnemen?
Volledig afgestudeerde huisartsen (geen huisartsen in opleiding), die momenteel werkzaam zijn in Vlaanderen

Waarom is uw deelname belangrijk?
Zowel huisartsen als vrijwilligers spelen een belangrijke rol in de palliatieve zorg. Vrijwilligers bevinden zich in een unieke positie in de palliatieve zorg en vormen een soort van informele verbinding tussen professionele zorgverleners en patiënten (en hun omgeving). Door de vergrijzing van de bevolking zal

het belang van goede en multidisciplinaire palliatieve zorg (met efficiënte communicatie) in de toekomst nog toenemen.

Het is dus belangrijk om inzicht te krijgen in de huidige samenwerking tussen huisartsen en vrijwilligers in de palliatieve zorg, evenals de perceptie van huisartsen omtrent onder andere de competenties en training van deze vrijwilligers. Dankzij jullie deelname zal men trachten een zo diepgaand mogelijk inzicht hierin te krijgen.

Bij vragen of interesse kan u mij bereiken op het volgende e-mailadres:
Valentine.Annick.Bizzarri@vub.be

Ik blijf uiteraard beschikbaar indien u bijkomende informatie zou wensen.

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en hulp, en misschien tot binnenkort!

Met vriendelijke groeten,

Valentine Bizzarri Huisarts in opleiding
Vrije Universiteit Brussel