Vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk: ervaringen met ondersteunende hulpmiddelen, en de kennis en toepassing van materialen van het Van Cure naar Care - project

Vandermeersschen Machteld, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Vanderstichelen Steven, End-of-Life Care Research Group UGent-VUB

Co-promotoren: Van Steenbergen Sabet

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 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.

Inhoudsopgave

Abstract 1
- **Inleiding** 1
- **Methoden** 1
- **Resultaten** 1
- **Conclusie** 1

Introductie 2

Methoden 4
- **Participanten** 4
- **Rekrutering en datacollectie** 4
- **Ethische overwegingen** 5
- **Analyse en dataverwerking** 5

Resultaten 6
- **Vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk** 7
- **Redenen voor vroegtijdige zorgplanning** 9
- **Struikelblokken** 10
- **Facilitators** 10
- **Hulpmiddelen: tools en materialen binnen VZP** 11
- **Gesprekskaarten Van Cure naar Care** 12

Discussie 13
- **Implicaties** 14
- **Sterktes en beperkingen** 15

Conclusie 17

Dankwoord 18

Referentie 19

Abstract

Inleiding

Ondanks het belang van vroegtijdige zorgplanning, en de positieve invloed ervan op de kwaliteit van zorg aan het levenseinde, is er weinig zicht op de feitelijke bekendheid en het praktisch gebruik van deze hulpmiddelen in de huisartsenpraktijk. Met deze kwalitatieve studie willen we onderzoeken hoe huisartsen gesprekken over vroegtijdige zorgplanning ervaren en of ze hulpmiddelen, zoals de gesprekskaarten van het Van Cure naar Care – project, kennen en gebruiken om deze gesprekken te faciliteren.

Methoden

Nederlandstalige huisartsen uit Vlaanderen en Brussel, die voldeden aan de inclusiecriteria, werden uitgenodigd om deel te nemen aan deze kwalitatieve studie. We namen semi-gestructureerde interviews af, gebaseerd op 18 open vragen om de ervaring van huisartsen met vroegtijdige zorgplanning en hun kennis en gebruik van ontwikkelde hulpmiddelen in kaart te brengen. Een thematische data-analyse, zoals beschreven door Braun en Clarke, werd uitgevoerd door middel van Nvivo.

Resultaten

In het totaal voltooiden 12 huisartsen het semi-gestructureerde interview. Volgens de participanten zou de huisarts de centrale rol binnen vroegtijdige zorgplanning innemen. Desalniettemin gaven zij aan struikelblokken te ervaren bij het bespreken van zorg tijdens het levenseinde. De artsen stonden positief tegenover het gebruik van hulpmiddelen bij vroegtijdige zorgplanning, indien deze materialen eenvoudig en vlot toegankelijk zouden zijn. Ondanks deze bereidheid bleken de kennis en het gebruik van materialen beperkt. Daarnaast gaf geen van de bevraagde artsen aan bekend te zijn met de gesprekskaarten van het 'Van Cure naar Care- project'.

Conclusie

Hoewel huisartsen open staan voor het gebruik van hulpmiddelen ter ondersteuning van vroegtijdige zorgplanning, is de kennis en het gebruik van deze materialen beperkt. In het bijzonder zijn de gesprekskaarten van het Van Cure naar Care- project weinig bekend bij huisartsen.

Introductie

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) omvat een continu en vrijwillig proces, waarbij de toekomstige zorgdoelen en wensen omtrent medische zorgen van de patiënt besproken en vastgelegd worden. (1, 2) Op die manier vergroot men de overeenstemming tussen zorgwensen van de patiënt en de verkregen medische zorgen tijdens het levenseinde. Een gesprek over VZP kan op elk moment in het leven plaatsvinden, onafhankelijk van de medische toestand van een patiënt. Verder is het voordelig om VZP tijdig te bespreken, zodat zorgmedewerkers rekening kunnen houden met de zorgwensen van patiënten, ook wanneer ze dit zelf niet meer kunnen aangeven. (3)
VZP kan op die manier aanleiding geven tot het opstellen van een wilsverklaring of het aanstellen van een plaatsvervangende vertegenwoordiger. (1)

Hoewel het bespreken van VZP de kwaliteit van zorgen tijdens het levenseinde bevordert, blijft de incidentie van het uitvoeren van VZP erg laag. (1, 3-5) Eerdere studies toonden aan dat huisartsen in België slechts bij 1/3e van terminale patiënten een gesprek omtrent VZP aangingen. Daarnaast werden deze gesprekken maar in 8% van de gevallen gedocumenteerd. Niet alleen in België, maar wereldwijd blijft de incidentie van VZP laag, wat de aanwezigheid van struikelblokken doet vermoeden. Desalniettemin toont onderzoek aan dat 2/3e van patiënten hun wensen rond levenseinde met hun arts willen bespreken. (1) Bovendien toonden eerdere studies aan dat de meerderheid van patiënten verwacht dat de huisarts dit gesprek initieert. (5)

Ondanks het feit dat zowel artsen als patiënten VZP als voordelig beschouwen, blijven moeilijkheden en obstakels omtrent VZP aanwezig. De Vleminck et al. concludeerden dat het

gebrek aan kennis en vaardigheden van de arts omtrent VZP als hindernis voor het aangaan van een gesprek werd beschouwd. Ook de angst voor het ontnemen van hoop over het levenseinde van patiënten en het tenietdoen van de arts-patiëntrelatie, worden als obstakels ervaren door artsen.
Daarentegen werden de ervaring van de arts en een langdurige arts-patiëntrelatie als gunstig aanzien voor het bekomen van een gesprek rond VZP. (1)

Eerdere studies duiden ook op een kennisgebrek met betrekking tot de basisprincipes van VZP binnen de algemene bevolking. (6) Volgens Westbye et al. kan het rechtzetten van de misvatting dat VZP uitsluitend betrekking heeft op het levenseinde, bijdragen tot het vermijden van gemiste gesprekskansen rond VZP. (7)

Desondanks het belang van VZP, en de positieve invloed ervan op de kwaliteit van zorg aan het levenseinde, blijft de incidentie van het opstellen van een VZP laag. (3, 5) Dit is, naast andere obstakels, vermoedelijk te wijten aan de afwezigheid van praktische richtlijnen en het delicate karakter van een gesprek rond het levenseinde. (1) Daarom willen we onderzoeken hoe huisartsen in Vlaanderen gesprekken over VZP ervaren en of ze hulpmiddelen (materialen) kennen en gebruiken om deze gesprekken te faciliteren.

Methoden

Om de ervaringen van huisartsen met VZP, en hun kennis en gebruik van ondersteunende hulpmiddelen te onderzoeken, werd een kwalitatieve studie op basis van semi-gestructureerde interviews uitgevoerd. Dit type van onderzoek betekent het verzamelen en analyseren van niet-numerieke data, om op die manier concepten, meningen en ervaringen te begrijpen. (8)

Participanten

Nederlandstalige huisartsen, die actief werkzaam zijn in Vlaanderen of Brussel, werden uitgenodigd om deel te nemen aan deze studie. Deze huisartsen konden zowel ervaren als onervaren zijn met VZP.

Huisartsen, die niet meer actief werkzaam zijn, evenals huisartsen in opleiding (HAIO[1]), werden geëxcludeerd van deze studie.

Rekrutering en datacollectie

Huisartsen Vlaanderen en Brussel, die voldeden aan de inclusiecriteria, werden telefonisch of per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Alle interviews werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker (Machteld Vandermeersschen, HAIO), en waren ingepland om maximum 30 tot 60 minuten te duren. Participanten kregen de keuze om het interview fysiek of online (via videogesprek) te laten doorgaan. Alle interviews werden opgenomen (audio- opname) en nadien getranscribeerd.

Voor de start van de studie werd een semi-gestructureerd interview, bestaande uit 18 open vragen, opgesteld. Dit semi-gestructureerde interview werd ontwikkeld door de onderzoekers van de studie (Machteld Vandermeersschen en Steven Vanderstichelen). Tijdens een eenmalig

[1] HAIO = Huisarts In Opleiding

interview, op basis van deze opgestelde vragenlijst, werden de participanten gestimuleerd om openlijk te praten over hun ervaring met VZP en de ontwikkelde materialen om dit te faciliteren.

De hoofddoelstelling van de interviews was om de ervaring van huisartsen met VZP en hun kennis en gebruik van ontwikkelde hulpmiddelen in kaart te brengen. Daarnaast werd specifiek onderzocht in welke mate huisartsen bekend waren met, en gebruikmaakten van de gesprekskaarten van het 'Van Cure naar Care – project'.

Ethische overwegingen

Het studieprotocol werd goedgekeurd door de lokale ethische commissie van het Universitair ziekenhuis Brussel / Vrije Universiteit Brussel. Daarnaast gaven alle deelnemers voorafgaand aan het onderzoek een schriftelijke toestemming, op basis van een geïnformeerde toestemming.

Analyse en dataverwerking

In deze studie hanteerde de onderzoeker een generische, kwalitatieve benadering. Dit houdt een beschrijvende techniek in, ontworpen om te begrijpen hoe personen denken over een fenomeen of situatie. Dit wordt niet geleid door een expliciete of vaststaande reeks van filosofische veronderstellingen.

Om de interviews te analyseren, hanteerde de onderzoeker een thematische data – analyse strategie, zoals beschreven in Braun en Clarke. (10) In fase 1 werd de onderzoeker vertrouwd met de data. Dit werd volbracht tijdens het transcriberen van de verbale data, verzameld tijdens de interviews. In fase 2 werden de initiële codes worden gegenereerd. Dit wil zeggen dat de onderzoeker een interessant onderdeel van de data uitlicht en identificeert. De onderzoeker focuste de analyse in fase 3 opnieuw op een breder niveau van thema's. Op die

manier werden de verschillende codes gesorteerd in potentiële thema's. Fase 4 werd gebruikt om de verschillende thema's te evalueren. Sommige thema's liepen in elkaar over, terwijl andere werden opgebroken in verschillende thema's. In fase 5 van de analyse, heeft de onderzoeker de verschillende thema's gedefinieerd. Ten slotte werd in fase 6 het verslag opgesteld. Deze laatste fase omvatte de definitieve analyse en opmaak van het verslag. (9)

Resultaten

Participanten

In het totaal namen 12 huisartsen, die voldeden aan de inclusiecriteria, deel aan dit onderzoek. Van deze 12 deelnemers, identificeerden zeven zich als vrouw, en vijf als man. Alle participanten waren tussen 28 en 65 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 42 jaar. Drie deelnemers volgden reeds een bijkomende opleiding in verband met levenseinde.

Deelnemer	Leeftijd (jaren)	Geslacht (M/V)	Praktijkvorm	Provincie praktijk[2]	Opleidingsinstelling [3]	Geloofsovertuiging	Bijkomende opleiding
1	39	V	Groepspraktijk	V-B	KUL	Atheïst	Nee
2	30	M	Duopraktijk	V-B	KUL	Geen	Nee
3	60	V	Groepspraktijk	V-B	VUB	Humanistisch	Nee
4	30	V	Groepspraktijk	V-B	VUB	Atheïst	Nee
5	31	V	Groepspraktijk	V-B	KUL	Christelijk	Nee
6	65	M	Solopraktijk	Br	KUL	Agnost	Nee
7	52	V	Groepspraktijk	V-B	KUL	Katholiek, niet praktiserend	Nee
8	28	M	Groepspraktijk	O-V	UGent	Geen	Ja
9	57	V	Duopraktijk	Antw	KUL	Katholiek, niet praktiserend	Nee
10	36	M	Groepspraktijk	W-V	UGent	Atheïst	Ja
11	43	M	Groepspraktijk	V-B	VUB	Atheïst	Ja
12	28	V	Groepspraktijk	V-B	KUL	Geen	Nee

Tabel 1: karakteristieken onderzoekspopulatie

[2] V-B = Vlaams-Brabant, Br = Brussel, O-V = Oost-Vlaanderen, Antw = Antwerpen, W-V = West-Vlaanderen

3 KUL = Katholieke Universiteit Leuven, VUB = Vrije Universiteit Brussel, UGent = Universiteit Gent

Alle 12 deelnemers voltooiden het semi-gestructureerd interview en beantwoordden alle 18 open vragen. Alle interviews duurden tussen 20 – 50 minuten, geen enkel interview overschreed de verwachte tijd voor het onderzoek.
Vijf huisartsen verkozen om het interview tijdens een fysiek gesprek uit te voeren, zeven huisartsen opteerden voor een online-videogesprek.

De analyse van de data werd uitgevoerd door één onderzoeker via Nvivo15.
Gebaseerd op de thematische analyse werden de ervaringen van huisartsen in verband met VZP gegroepeerd in zes thema's: Vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk, Redenen voor vroegtijdige zorgplanning, Struikelblokken, Facilitators, Hulpmiddelen: tools en materialen binnen VZP, en Gesprekskaarten Van Cure naar Care.
Datasaturatie werd bekomen na 11 interviews, wat betekent dat er geen nieuwe informatie werd gehaald uit de data-analyse vanaf dit punt. Gezien de datasaturatie werd bereikt, zijn we na 12 interviews gestopt met het verzamelen van data.

Vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk

Wanneer er aan de huisartsen gevraagd werd wat de term 'vroegtijdige zorgplanning' voor hen betekende, gaven alle artsen een andere definitie van de term. Echter benoemden de meesten onder hen een gesprek over de wensen van de patiënt tijdens het levenseinde.
' Een gesprek met de mensen over wat ze eigenlijk willen, als ze in de laatste levensfase zitten, als ze daar dan niet meer op kunnen antwoorden. '

Drie artsen identificeerden VZP ook als onderdeel van preventie binnen de huisartsgeneeskunde. Daarentegen associeerde één arts VZP eerder met een palliatieve zorgcontext.

'Als je gaat kijken gewoon naar preventie in het algemeen, denk ik dat dat een onderdeel is van preventie…'

' … omdat ik vind dat je preventief aan de slag bent. En ik hou wel van preventie in de geneeskunde…'

Ook de frequentie van het uitvoeren van een gesprek rond VZP varieerde tussen de artsen. De meeste huisartsen gaven aan minstens één keer per maand een VZP-gesprek te houden. Slechts twee artsen zouden wekelijks VZP bespreken. Echter was deze frequentie afhankelijk van de wijze waarop VZP door de arts werd gedefinieerd.

'…dat is zeer wisselend, dat is vaak in golven. Soms zie je zo een paar op een week en dan maanden niets en dan terug weer een paar.'

'… dat hangt er natuurlijk vanaf wat de definitie van een vroegtijdig zorgplanningsgesprek is.'

Alle participanten gaven aan dat de huisarts de centrale rol binnen de VZP vervult, en op die manier een eerste aanspreekpunt voor de patiënt vormt.

'Ik vind dat toch één van de belangrijkste rollen. Dat is toch degene, die het wel moet aanbrengen.'

De meerderheid van de artsen vond dat er ook een rol weggelegd zou zijn voor arts-specialisten binnen VZP. Echter zou deze rol beperkt zijn, en afhankelijk van het specialisme. Zo werd dit voornamelijk toegeschreven aan internistische specialismen, die eveneens betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen.

' Ik denk dat wij de centrale rol innemen, maar dat je zou kunnen zeggen dat de specialist ergens onze rechterhand is, of dat ze ook soms het proces kunnen activeren.'

'... maar natuurlijk is niet elke specialisatie daar evengoed in, communicatief gezien. Bijvoorbeeld een orthopedist, ten opzichte van een geriater of een nefroloog, vind ik daar wel een heel groot verschil in.'

'... maar geriaters, die hebben ook een iets breder zicht en die bevragen de patiënt meestal toch ook iets breder dan de andere specialisaties. '

Redenen voor vroegtijdige zorgplanning

Het krijgen van een nieuwe of ernstige diagnose werd door de helft van de huisartsen benoemd als reden om een gesprek rond VZP aan te gaan met hun patiënt. Daarnaast werd ook een acuut incident in het leven van de patiënt, gezien als belangrijk aanknopingspunt om VZP te bespreken.

' ... ik denk sowieso, een zware diagnose die gebeurt, een kankerdiagnose bijvoorbeeld…'

' Eigenlijk als er zo een plots moment is dat er iets verandert in het normale leventje van wat oudere mensen, dan probeer ik dat wel al eens ter sprake te brengen. '

' Een critical incident kan soms ook wel een mooie aanleiding zijn om zo'n gesprek te starten en kan het wel wat handvaten geven op die manier. '

Zes van de huisartsen merkten op dat het initiatief soms ook van de patiënt komt om zijn / haar wensen rond het levenseinde te bespreken. Dit vooral wanneer er zich bij de vrienden of familie van de patiënt een ernstige of acute gebeurtenis voordoet.

' ... als er een acuut event is geweest bij zichzelf, bij iemand in de familie, bij iemand in de vriendengroep, waardoor dat ze zelf het leven of bepaalde keuzes in vraag gaan stellen.'

' Familieleden of vrienden, die zwaar ziek zijn en waarvan dat mensen zeggen: 'maar zo'n situatie, dat wil ik het niet meemaken' '

Struikelblokken

Bijna de helft van de huisartsen gaf aan dat ze tijdsnood ervaarden als struikelblok om een gesprek rond VZP aan te gaan met hun patiënten. Deze tijdsnood schreven zij zowel toe aan de drukte in de praktijk, als aan de tijdsinvestering die een gesprek over levenseinde vereist.

' Gewoon de tijd die je daarin steekt, dat is wel iets waarvan je zegt: 'Goh, ik stel het uit'. Ik heb er nu geen tijd voor. Ja, dat is toch wel vrij belastend. '

Ook de beperkte kennis van patiënten omtrent VZP werd als obstakel beschouwd. Meerdere huisartsen benoemden het misverstand rond dementie en euthanasie als belemmering voor een VZP-gesprek.

' ... ik merk wel heel vaak dezelfde vraag, of ja hetzelfde misverstand terugkeren ... En dan moet ik iedere keer uitleggen dat euthanasie eigenlijk niet kan bij mensen met dementie. '

Slechts één arts meende geen struikelblokken te ervaren om VZP aan te kaarten bij patiënten.

' ... ik moet zeggen dat ik geen struikelblokken ervaar, ik was hier aan het denken misschien geloof, maar zelfs bij mensen met een geloof vraag ik er toch altijd achter.'

Facilitators

Acht huisartsen merkten op dat het bespreken van de wensen rond het levenseinde werd gefaciliteerd wanneer de patiënt zelf het initiatief nam om het gesprek te starten. Ook werd benadrukt dat een grotere media-aandacht voor dit onderwerp ervoor zorgde dat meer patiënten het gesprek initieerden.

' Het zijn soms niet zo'n gemakkelijke gesprekken, maar het is wel gemakkelijk als het van de patiënt zelf uitkomt, vind ik... omdat die zelf al wat ideeën hebben van wat ze wel en niet willen. '

‘ … dat kan op initiatief van de patiënt zijn ook he, dat zij daar vragen over hebben, dat vind ik dan ook een heel mooie aanleiding. ’

‘ … ja dat het ook misschien in sommige media wordt uitgebracht… ’

Ook haalden verschillende artsen aan dat een duidelijk wettelijk kader omtrent euthanasie en dementie, de drempel zou verlagen om VZP te bespreken.

‘ Het zou geweldig zijn moesten we eindelijk eens inderdaad een wettelijk kader hebben om daarin te kunnen werken, en eventueel te kunnen uitvoeren…’

Hulpmiddelen: tools en materialen binnen VZP

Ondanks het feit dat alle huisartsen aangaven open te staan voor het gebruik van hulpmiddelen tijdens VZP-gesprekken, was het gebruik van deze materialen beperkt tot de website en boekje van LEIF (LEIFplan). Bovendien waren de meeste artsen niet bekend met het bestaan van andere beschikbare tools en materialen.

‘ LEIF, heb ik veel gebruikt al. Ik denk dat dat het enige is dat ik al gebruikt heb. ’

‘ … ik ga ervan uit dat ze bestaan. Ik weet niet wat het is of waar ik ze kan vinden. Tot nu toe gebruik ik altijd die boekjes…. ’

Echter stonden de huisartsen wel positief tegenover het gebruik van nieuwe hulpmiddelen, indien deze materialen eenvoudig in gebruik en gestructureerd zouden zijn. Ook benadrukten ze het belang van hulpmiddelen, die vlot online toegankelijk zijn.

‘ In mijn ogen moet er een gemakkelijke website, waar er niet op ingelogd moet worden, waar in enkele clicks een duidelijk overzicht komt, komen.’

‘ … als dat een handige tool is, waarbij je op een eenvoudige manier het gesprek kunt openen, dan zou ik die zeker gebruiken.’

Gesprekskaarten Van Cure naar Care

Geen van de bevraagde artsen was bekend met de gesprekskaarten van het 'Cure naar Care project'. Bijgevolg had niemand ervaring met het gebruik van de kaartjes bij gesprekken rond VZP. Echter waren enkele artsen positief verrast door de kaartjes en gaven ze aan open te staan om deze in de toekomst te gebruiken.

' Nee, totaal niet, zegt me niks. Maar je hebt me zeker geïnteresseerd gemaakt…'

' Ik zou die kaartjes wel willen bijhebben hoor, gewoon als een soort geheugensteuntje.'

Anderzijds uitten verschillende huisartsen hun bedenkingen bij het praktische gebruik van deze kaartjes binnen de huisartsenpraktijk. Hierbij werd voornamelijk gewezen op het tijdrovende karakter van het gebruik van de kaartjes.

' Op zich vind ik de vragen heel goed, maar ik zie gewoon op geen enkele manier wie of wat die vragen gaan moeten stellen aan die mensen … maar ik denk wel dat dit heel arbeidsintensief is.'

' … maar ik denk dat dat wel lang duurt, nee? Zo een gesprek met die kaartjes?'

'…ik denk dat dat gewoon onhaalbaar is om al die vragen te stellen… het kan helpen om op voorhand je gesprek wel wat te structureren en nog een keer nadenken over welke dingen je wilt vragen bij een patiënt.'

Daarnaast hadden twee artsen de bedenking dat het gebruik van de kaartjes tijdens gesprekken over het levenseinde als kinderlijk zou worden ervaren door de patiënt.

' Je ziet dat sommige mensen dat een beetje kinderachtig vinden, die kaartjes.'

Opmerkelijk was dat verschillende artsen spontaan manieren benoemden, om de kaartjes in de praktijk te kunnen gebruiken en toe te passen. Eén huisarts gaf aan de kaartjes in de wachtzaal te willen achterlaten, zodat patiënten zelf de vragen konden doornemen tijdens het wachten.

Een andere huisarts stelde voor de gesprekskaarten te verspreiden onder de psychologen van de woonzorgcentra om gesprekken rond levenseinde te faciliteren.

‘ … je kunt dat openbaar leggen. En dan kan degene die dat wil doen, dat doornemen.’

‘… de psycholoog deed dat echt wel inderdaad precies meer volgens deze kaartjes. We kunnen dat wel gebruiken als arts, maar ik denk dat dat ook kan gebruikt worden, meer in team, bijvoorbeeld met de psycholoog daarbij zou ook wel nuttig zijn.’

Discussie

Deze kwalitatieve studie onderzocht de kennis en ervaringen van huisartsen over ontwikkelde materialen voor VZP. Door middel van semi-gestructureerde interviews identificeerden we zes thema’s om de ervaringen van huisartsen met VZP in kaart te brengen. De zes thema’s omvatten: Vroegtijdige zorgplanning in de huisartsenpraktijk, Redenen voor vroegtijdige zorgplanning, Struikelblokken, Facilitators, Hulpmiddelen: tools en materialen binnen VZP, en Gesprekskaarten Van Cure naar Care.

Alle artsen, geïncludeerd in deze studie, beschouwden de huisarts als centrale figuur binnen VZP. Eerdere studies (1, 6) schreven deze rol ook toe aan de huisarts, voornamelijk door de unieke en langdurige arts-patiëntrelatie tussen huisarts en patiënt. Daarnaast zagen de meeste huisartsen ook een plaats voor specialisten binnen VZP. Echter was deze rol beperkt tot specialisten, die werken met patiënten met chronische zorgnoden, zoals geriaters.

De helft van de huisartsen zag het stellen van een nieuwe diagnose als aanknopingspunt om een gesprek over VZP aan te gaan. Daarentegen toonden andere studies aan dat VZP op elk moment in het leven kan plaatsvinden, ongeacht de medische toestand van de patiënt. (3)

Elf van de bevraagde huisartsen gaven aan struikelblokken te ervaren tijdens het bespreken van VZP. Zoals in eerdere studies werd beschreven, werd dit vooral toegeschreven aan tijdsgebrek tijdens consultaties. (7) Echter is het belangrijk om te vermelden dat de gemiddelde duur van een VZP-gesprek niet bevraagd werd tijdens het interview. De tijd, die een gesprek rond levenseinde inneemt, zou dus kunnen variëren tussen huisartsen.

Alle artsen benoemden het initiatief van de patiënt om het gesprek rond levenseinde te starten, als facilitator voor het bespreken van VZP. Echter toonden eerdere studies (1, 7) aan dat de perceptie van de huisartsen dat zij zelf het VZP-gesprek moeten starten, als faciliterende factor werd beschouwd. Bovendien is ook aangetoond dat patiënten verkiezen dat hun huisarts het gesprek initieert. (6)

In tegenstelling tot onze verwachtingen, was geen enkele huisarts bekend met de gesprekskaarten van het Van Cure naar Care - project. Ook was de kennis over andere ontwikkelde hulpmiddelen beperkt. Dit is tegenstrijdig met de behoefte van huisartsen voor een gestandaardiseerde werkwijze en de ontwikkeling van handleidingen voor VZP, zoals eerder beschreven. (7)

Implicaties

Het in kaart brengen van ervaringen van huisartsen met VZP is van belang, gezien de invloed van VZP op de kwaliteit van leven van patiënten in de laatste levensfase. Daarnaast neemt ook het maatschappelijk belang van VZP toe in het licht van de toenemende vergrijzing.

Het beter begrijpen van de belemmerende en faciliterende factoren bij het aankaarten van VZP kan bijdragen tot het optimaliseren en faciliteren van deze gesprekken in de

huisartsenpraktijk. Dit kan op zijn beurt leiden tot een verhoogde frequentie van het uitvoeren van VZP-gesprekken.

Een beter inzicht in de ervaringen van huisartsen met hulpmiddelen bij VZP kan aanleiding geven tot de ontwikkeling van nieuwe, gebruiksvriendelijke materialen. Met als aanbeveling dat deze materialen eenvoudig in gebruik, en vlot online toegankelijk zouden zijn voor huisartsen.

Sterktes en beperkingen

Voor zover bekend, is dit een van de eerste kwalitatieve studies, die de ervaringen van huisartsen met VZP, evenals hun kennis en gebruik van ondersteunende hulpmiddelen onderzoekt. Eerdere studies (7) toonden reeds aan dat tijdsgebrek, naast anderen obstakels, een belangrijke belemmering vormt voor het bespreken van VZP. Ook stelden studies (7) vast dat huisartsen behoefte hebben aan een gestandaardiseerde werkwijze rond het levenseinde, en bijgevolg aan de ontwikkeling van ondersteunende richtlijnen en handleidingen. Echter onderzocht nog geen studie het praktische gebruik en de kennis van hulpmiddelen omtrent VZP bij huisartsen. Deze studie bestudeerde daarnaast ook specifiek de kennis en het gebruik van de gesprekskaarten van het 'Cure naar Care project', door huisartsen bij VZP.

We includeerden 12 huisartsen in onze studie, waarmee datasaturatie werd bereikt. De valkuil die we ervaren is het feit dat er slechts één Nederlandstalige arts uit Brussel in de studie werd geïncludeerd. Dit zou het onderzoek kunnen beïnvloeden, aangezien Brussel een patiëntenpopulatie met grote diversiteit omvat. Hierdoor zouden artsen uit Brussel mogelijks gesprekken rond het levenseinde anders benaderen dan hun collega's in Vlaanderen. Bijgevolg zouden de behoeftes omtrent hulpmiddelen bij VZP kunnen verschillen bij Brusselse huisartsen.

Daarnaast includeerden we enkel huisartsen, die niet bekend waren met de gesprekskaarten van het ‘Cure naar Care project’. Om die reden, kon de ervaring van huisartsen met de gesprekskaarten niet worden onderzocht. Dit kan mogelijk te wijten zijn aan het feit dat de deelnemende huisartsen op vrijwillige basis aan de studie deelnamen en niet noodzakelijk een specifieke interesse in levenseindezorg hadden, waardoor ze mogelijk minder vertrouwd zijn met beschikbare hulpmiddelen.
Bovendien werd de data-analyse door één onderzoeker uitgevoerd, waardoor een risico op onderzoekersbias en bijgevolg vertekening van de resultaten bestaat.

In deze studie konden de participanten vrij kiezen op welke manier ze het interview wilden uitvoeren. De huisartsen kregen de keuze tussen een fysiek of een online-videogesprek. Dit zorgde ervoor dat de artsen comfortabel waren, en openlijk konden antwoorden op de vragen van het semi-gestructureerde interview. Daarnaast waren de huisartsen op die manier ook flexibeler doorheen de dag om het interview af te nemen.

Zoals eerder aangegeven, konden we in deze studie geen informatie bekomen over de ervaring van huisartsen met de gesprekskaarten van het ‘Cure naar Care project’. Dit kan mogelijks de resultaten van het onderzoek beïnvloeden, aangezien de participanten geen beroep konden doen op hun eigen ervaringen, en zich bijgevolg uitsluitend op veronderstellingen moesten baseren. Toekomstige studies zouden zich dus kunnen richten op huisartsen, die reeds ervaring hebben met de kaartjes, om op die manier hun ervaringen met deze gesprekskaarten te onderzoeken.

Conclusie

Deze kwalitatieve studie heeft aangetoond dat huisartsen verschillende struikelblokken ervaren bij het aankaarten van VZP bij patiënten, waarbij vooral tijdsgebrek als belangrijke belemmering werd ervaren. Daarnaast gaven de huisartsen aan dat een VZP – gesprek werd gefaciliteerd als het initiatief om het gesprek te voeren van de patiënt kwam. Alle artsen stonden positief tegenover het gebruik van hulpmiddelen bij gesprekken rond het levenseinde. Ondanks deze bereidheid bleken de kennis en het gebruik van materialen beperkt. Geen van de bevraagde artsen gaf aan bekend te zijn met de gesprekskaarten van het 'Van Cure naar Care- project'. Verder onderzoek is dus nodig om de ervaring van huisartsen met deze gesprekskaarten te bestuderen.

Dankwoord

Met deze masterproef komt een belangrijke periode van mijn opleiding tot huisarts tot een einde. Graag wil ik iedereen bedanken, die me tijdens dit traject heeft ondersteund.

In het bijzonder wil ik mijn promotor bedanken voor de fijne samenwerking, de waardevolle feedback en geduld gedurende het hele proces. Daarnaast wil ik ook prof. Dr. D. Devroey bedanken voor het nalezen van mijn thesis en het geven van nuttige suggesties.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar alle huisartsen, die deelnamen aan deze studie. Ondanks hun drukke agenda's maakten zij tijd vrij om hun ervaringen rond vroegtijdige zorgplanning te delen. Zonder hen was deze masterproef niet mogelijk geweest.

Als laatste zou ik graag mijn lieve gezin willen bedanken, voor de onvoorwaardelijke steun de afgelopen 9 jaar.

Referentie

1. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2013;31(4):215-26.
2. Dupont C, De Vleminck A, Deliens L, Gilissen J. Advance Care Planning in Belgium. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2023;180:121-6.
3. Stevens J, Pype P, Eecloo K, Deliens L, Pardon K, De Vleminck A. Facilitating advance care planning in the general practice setting for patients with a chronic, life-limiting illness: protocol for a phase-III cluster-randomized controlled trial and process evaluation of the ACP-GP intervention. BMC Palliat Care. 2021;20(1):97.
4. Agarwal R, Epstein AS. Advance Care Planning and End-of-Life Decision Making for Patients with Cancer. Semin Oncol Nurs. 2018;34(3):316-26.
5. Wichmann AB, van Dam H, Thoonsen B, Boer TA, Engels Y, Groenewoud AS. Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes. BMC Fam Pract. 2018;19(1):184.
6. Kozlov E, Llaneza DH, Trevino K. Older patients' and their caregivers' understanding of advanced care planning. Curr Opin Support Palliat Care. 2022;16(1):33-7.
7. Westbye SF, Rostoft S, Romøren M, Thoresen L, Wahl AK, Pedersen R. Barriers and facilitators to implementing advance care planning in naïve contexts - where to look when plowing new terrain? BMC Geriatr. 2023;23(1):387.
8. Grossoehme DH. Overview of qualitative research. J Health Care Chaplain. 2014;20(3):109-22.
9. Dhakal K. NVivo. J Med Libr Assoc. 2022;110(2):270-2.
10. Braun, Virginia & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 3. 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa.