Praktijkverbeterend project volgens Model for Improvement:

De implementatie van een vroegtijdige zorgplanning bij alle permanente bewoners van woonzorgcentrum Heilige Familie te Kieldrecht.

Lisa Welvaert, Universiteit Gent

Promotoren: Dr. Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Prof. Dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

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

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

ABSTRACT:

Praktijkverbeterend project volgens Model for Improvement: De implementatie van een vroegtijdige zorgplanning bij alle permanente bewoners van woonzorgcentrum Heilige Familie te Kieldrecht.
Haio: Lisa Welvaert, Universiteit Gent
Promotoren: Prof. dr. Wens J. en dr. Anthierens S., Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Dr. A. Van Laere

Achtergrond: Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverleners(s) waarbij uiteindelijke toekomstige zorgdoelen besproken worden en gepland kunnen worden. Doel van dit proces is het expliceren van de waarden en voorkeuren van de patiënt voor zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvorming te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

Doel: Een praktijkverbeterend project werd opgestart, gebaseerd op Model For Improvement (IHI). De doelstelling was het opstellen van een nieuw beleid vroegtijdige zorgplanning in WZC Heilige Familie te Kieldrecht. Door dit beleid toe te passen wordt gestreefd naar een VZP bij alle permanente bewoners van dit WZC.

Methode: Er werd gestart met een literatuuronderzoek waarbij werd nagegaan of er aanbevelingen bestaan omtrent vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra, hoe het beleid er uit ziet in andere woonzorgcentra, wie dit beleid vormt en in welke mate dit gecommuniceerd wordt. Nadien werd inzicht verkregen in de huidige situatie binnen het WZC en werd de meetstrategie bepaald van het project. Er werden verschillende indicatoren vastgelegd om evolutie na te gaan. Hierbij werd gekozen voor een procesindicator (ervaringen van alle betrokken partijen m.b.t. het opstellen van een VZP d.m.v. (focus)gesprekken met verpleegkundigen, huisartsen, bewoners en familieleden van bewoners), een resultaatindicator (aantal VZPn/ aantal bewoners) en een structuurindicator (tijdsinvestering in VZP). De huidige situatie werd vergeleken met de resultaten van het literatuuronderzoek. Kleine actiepunten werden bepaald en hierna werd een nieuw beleidsprotocol en –document opgesteld. Na een proefcyclus bij een aantal eigen patiënten kon het project op grotere schaal geïmplementeerd worden. Er werden twee cyclussen doorlopen van 4 maanden. Na elke cyclus werd tijd voorzien voor evaluatie, opstellen van actiepunten en bijstellen van het beleidsprotocol en de documenten VZP. Op basis van de laatste evaluatie werd een besluit gevormd.

Resultaten: De doelstelling werd bereikt. Er werd een nieuw beleidsprotocol opgesteld ‘vroegtijdige zorgplanning’ in het WZC. Iedere permanente bewoner kreeg er de kans een zorgplanning op te stellen en ook bij nieuwe bewoners gebeurt dit vanaf nu standaard. Door dit beleidsprotocol toe te passen had 80% (64/80) van de permanente bewoners een VZP bij de laatste evaluatie op 20/03/2018. De totale tijdsinvestering in VZP bedraagt per bewoner zo’n 60 minuten. De verpleegkundigen geven aan dat dit goed geïnvesteerde tijd is. Focusgesprekken bevestigen de kwaliteitsverbetering door VZP die beschreven werd in de literatuur. Het beleid VZP binnen WZC Heilige Familie moet blijven veranderen naargelang de noden en evoluties in de zorg. Na dit project wordt de verantwoordelijkheid over dit beleid terug gelegd bij de referentieverpleegkundige in palliatieve zorg en de CRA-arts van het WZC.

Trefwoorden: Vroegtijdige zorgplanning, woonzorgcentrum, kwaliteitsverbeterend project

Contact: lisa.welvaert@ugent.be

INHOUDSTAFEL:

AFKORTINGEN: 7

1. INLEIDING 7

1.1 Wat is een praktijkverbeterend project? 7

1.2 Wat is een vroegtijdige zorgplanning (VZP)? 7

1.3 Wat is de relevantie van dit project? 8

- Relevantie voor mezelf als zorgverlener (arts) 8
- Relevantie voor de bewoners van het WZC en hun naaste(n) 9
- Relevantie voor de maatschappij 9
- Relevantie voor het WZC Heilige Familie te Kieldrecht 9

2. ORIENTEREND LITERATUURONDERZOEK 9

2.2 Methode 9

2.3 Resultaten 10

3. METHODIEK VAN HET PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT 15

3.1 Algemeen 15

3.2 In dit praktijkverbeterend project 15

- Wat proberen we te bereiken? 16
- Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is? 16
- Welke acties die leiden tot een verbetering kunnen we allemaal uitvoeren ? 18
- PDC(S)A cirkel: 20

4. RESULTATEN 22

4.1 Procesindicator 22

4.2 Resultaatsindicator: 28

4.3 Structuurindicator: 28

5. DISCUSSIE 29

5.1 Interpretaties 29

- Procesindicator 29
- Resultaatindicator 30
- Structuurindicator 31

5.2 Voor- en nadelen van aanpassingen 32

5.3 Implementatie van aanpassingen 34

5.4 Evaluatie 34
6. BESLUIT 35
7. DANKWOORD 36
8. REFERENTIES 37
9. BIJLAGEN 38
Bijlage 1: Goedgekeurd Protocol door ethisch comité 38
Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité 46
Bijlage 3: ICF procesindicator 48
Bijlage 4: Flowchart beleidsprotocol VZP in WZC Heilige familie voor de opstart van het project 50
Bijlage 5: Beleidsdocumenten VZP in WZC Heilige familie voor de opstart van het project 51
Bijlage 6: Beleidsprotocol met flowchart VZP in WZC Heilige familie op het einde van het project (versie 5) 55
Bijlage 7: Beleidsdocument VZP in WZC Heilige familie op het einde van het project (versie 7) 62
Bijlage 8: Brief verstuurd naar huisartsen met patiënten binnen WZC Heilige Familie te Kieldrecht 75
Bijlage 9: Folder VZP 76

AFKORTINGEN:

WZC	Woonzorgcentrum
VZP	Vroegtijdige zorgplanning
IHI	Institute for healthcare Improvement
IOM	Institute of medicine
HAP	Huisartsenpraktijk

1. INLEIDING

Er werd een praktijkverbeterend project opgestart gebaseerd op Model For Improvement (IHI) (1). De doelstelling was het opstellen van een nieuw beleid vroegtijdige zorgplanning in WZC Heilige Familie te Kieldrecht. Door dit beleid toe te passen wordt gestreefd naar een VZP bij alle permanente bewoners van dit WZC. Het WZC telt 80 permanente bewoners verdeeld over drie afdelingen. Hiervan is één afdeling specifiek voor personen met dementie. Er ging literatuuronderzoek vooraf aan het opstellen van een beleid op het niveau van het WZC. Hierbij werd naar aanbevelingen gezocht omtrent VZP in WZC, werd nagegaan hoe het beleid in andere WZC er uit ziet, wie dit beleid vormt en in welke mate dit gecommuniceerd wordt.

1.1 Wat is een praktijkverbeterend project?

In een praktijkverbeterend project wordt gewerkt aan de kwaliteit van de zorg. Volgende principes worden hierbij gevolgd om tot succes te komen (Berwick 1992):
-Bereidheid om continu te verbeteren
-Een gemeenschappelijke visie en definitie hebben over wat 'goede kwaliteit' is en welk niveau men wil bereiken
-Systeem opzetten om kwaliteit te meten
-Het resultaat is afhankelijk van het werk van alle 'spelers' en dit beïnvloedt elkaar
-Bewust zijn van het systeem waar binnen men werkt en hoe dit systeem kwaliteit beïnvloedt
-Kwaliteitsverbetering is een vorm van continu ervaringsgericht leren
-Rekening houden met kosten en bekijken hoe en waar men efficiënter kan omgaan met de middelen
-Leiderschap opnemen om binnen de praktijk steeds beter te worden in kwaliteit (1)
Bij dit praktijkverbeterend project werd gewerkt op verschillende dimensies van kwaliteit (IOM): veilig, effectief, efficiënt, tijdig, continuïteit, gelijkwaardig zorg, patiënt centraal en geïntegreerd (1).

1.2 Wat is een vroegtijdige zorgplanning (VZP)?

Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverleners(s) waarbij uiteindelijke toekomstige zorgdoelen besproken worden en gepland kunnen worden. Doel van dit proces is het expliceren van de waarden en voorkeuren van de patiënt voor zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvorming te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten (2).

In de praktijk wil dit zeggen dat er gesprekken worden gevoerd met de persoon in kwestie, de zorgverleners en de familie over de gewenste richting van de zorg bij het levenseinde. Een VZP stelt iemand in staat om zijn wensen in verband met toekomstige zorg kenbaar te maken. Idealiter wordt dit

besproken alvorens zich acute problemen stellen. Deze wensen worden vastgelegd op papier, zodoende deze duidelijk zijn op het moment dat de persoon het zelf niet duidelijk kan maken (wilsonbekwaamheid). Op die manier voorkomen we dat zware beslissingen omtrent de zorg nabij het levenseinde bij de naaste(n) komen te liggen. Volgende zaken kunnen worden opgenomen in een vroegtijdige zorgplanning: het aanstellen van een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, het opstellen van zorgdoelen, een negatieve wilsverklaring, positieve wilsverklaring euthanasie, orgaandonatie, schenking van het lichaam aan de wetenschap en wijze van teraardebestelling(2).

Vroegtijdige zorgplanning heeft evenwel niet de bedoeling beslissingen eenzijdig door te schuiven naar patiënten, of hen te blijven uitnodigen voor overleg als zij daar uitdrukkelijk niet wensen op in te gaan. Het is immers belangrijk te erkennen dat een aantal patiënten dit soort gesprekken in het geheel niet wenst te voeren, omdat zij alle vertrouwen hebben in hun zorgverlener(s), familie en omgeving. Het is wel de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om behandelingsvoorstellen zo duidelijk als mogelijk uit te leggen zodat de patiënt deze kan begrijpen en kan aangeven of en hoe hij daarmee verder wil gaan. Het komt erop aan tijdig en op gepaste tijdstippen na te gaan of het hierbij om daadwerkelijk vertrouwen gaat, dan wel om nog op te heffen barrières voor vroegtijdige zorgplanning, zowel vanwege de patiënt, als vanwege de zorgverlener (vaardigheid, tijdsgebrek, …) (2).

De wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002) vormt samen met de wet betreffende het recht op palliatieve zorg (14 juli 2002) en de euthanasiewetgeving (28 mei 2002) de juridische omkadering van vroegtijdige zorgplanning in België (2).

1.3 Wat is de relevantie van dit project?

- Relevantie voor mezelf als zorgverlener (arts)

Al snel in de opleiding geneeskunde werd duidelijk dat het begrip kwaliteitsvolle zorg niet voor elke patiënt hetzelfde betekent. Zolang de patiënt zelf goed kan uitdrukken wat hij wil, kan de arts de patiënt informeren en hem zodoende een geïnformeerde beslissing laten maken omtrent levensverlengende therapieën. Indien de patiënt hier niet meer toe in staat is, stelt dit de arts voor een probleem. Men moet beslissingen gaan nemen in naam van de patiënt, in samenspraak met naaste(n) om een idee te krijgen over de keuzes van de patiënt. Helaas is het ook voor hen moeilijk als er nooit eerder over gesproken is. In geval van een wachtdienst kent de arts de patiënt niet, wat het nog moeilijker maakt. Indien de wensen betreffende de zorg duidelijk beschreven staan in een vroegtijdige zorgplanning kan dit gevolgd worden op het moment dat dit niet overlegd kan worden met de patiënt.

Naast werken aan kwaliteit van de zorg voor de patiënt was het de bedoeling de kennis over palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning te vergroten. Gedurende het eerste jaar als HAIO werd de opleiding palliatieve zorg en de opleiding wilsbeschikking gevolg, georganiseerd door het ICHO. Onder begeleiding van mijn praktijkopleider, tevens CRA-arts van het WZC werden VZP-gesprekken gevoerd bij eigen patiënten. Tijdens mijn opleiding kreeg ik de kans om een aantal patiënten te begeleiden tot en met het levenseinde, ook in dit WZC. Hiernaast was dit project een oefening in het opstellen en coördineren van een kwaliteitsverbeterend volgens Model for Improvement , een noodzakelijk leerdoel voor elke arts die mee wil bouwen aan kwaliteit van de zorg.

- Relevantie voor de bewoners van het WZC en hun naaste(n)

Een opname in een woonzorgcentrum is één van de sleutelpunten in het leven dat een aanleiding kan vormen om een VZP-gesprek te starten (2). Bij personen met dementie is VZP uitermate belangrijk gezien de ziekte progressief leidt tot wilsonbekwaamheid waardoor het van groot belang is de persoon met dementie te leren kennen, te exploreren wat zijn voorkeuren en waarden zijn en te spreken over toekomstmogelijkheden voordat de persoon met dementie niet meer in staat is zelf zijn wensen te uiten (3-5).We faciliteren de gespreksvoering bij alle bewoners door het actief aan te bieden. Het kan de vertegenwoordiger helpen om zowel de doelstellingen van de toekomstige medische zorg als de wensen van de patiënt beter te begrijpen en/of nauwkeuriger in te schatten. Het kan gevoelens van stress, angst en depressie verminderen zowel bij patiënten als familieleden (5). Een VZP helpt de zorg aan het levenseinde van de bewoner te verbeteren omdat de wensen van de bewoner beter gekend zijn (2).

- Relevantie voor de maatschappij

VZP zou het hospitalisatierisico en de verblijfsduur in het ziekenhuis alsook de hospitalisatiekosten en gezondheidsuitgaven beperken. Er is echter meer onderzoek nodig om dit te bevestigen (2).

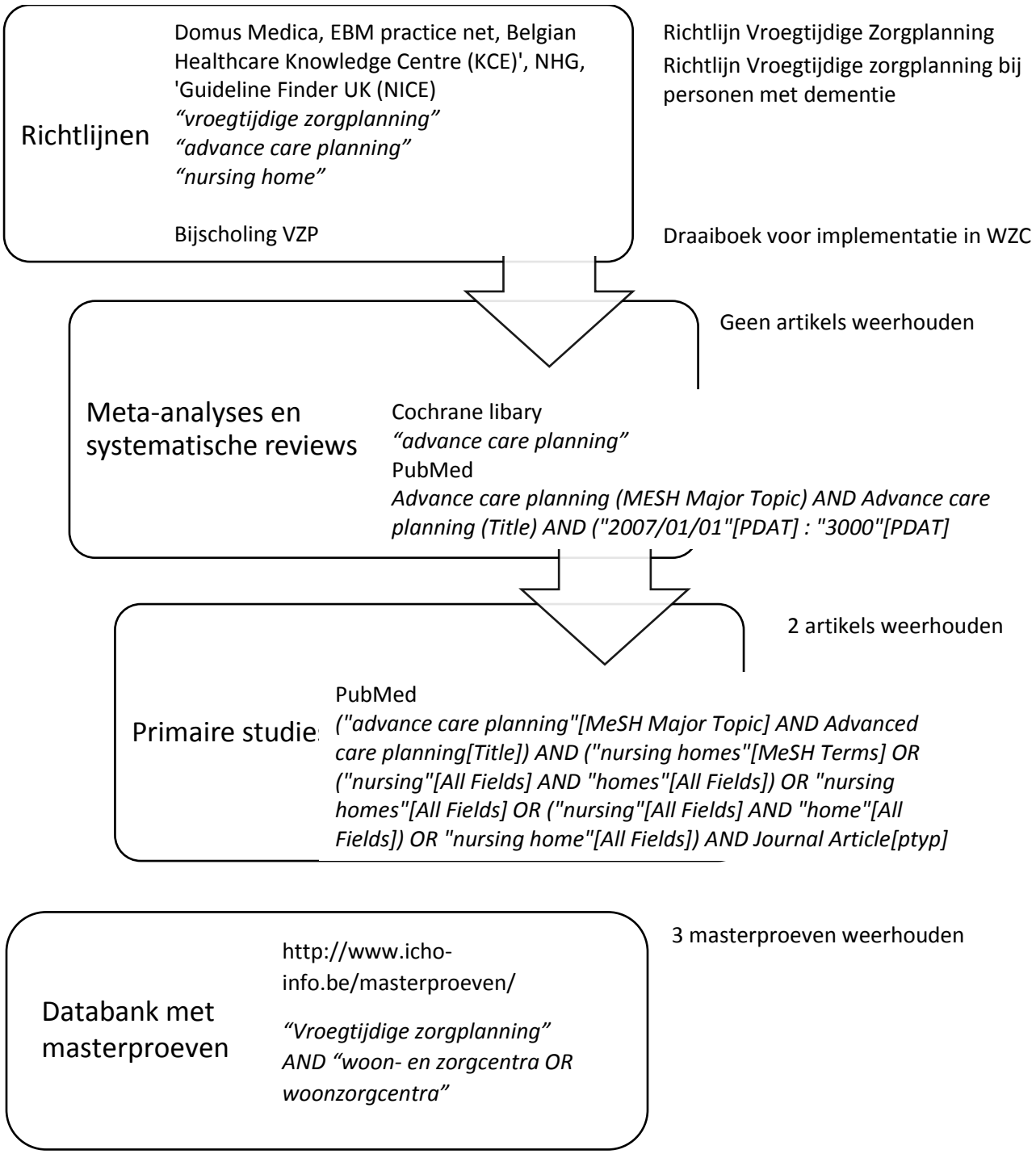
- Relevantie voor het WZC Heilige Familie te Kieldrecht

In de eerste plaats werd met dit project getracht om de kwaliteit van de zorg binnen dit WZC te verbeteren. Hierdoor zou er beter gescoord worden op kwaliteitsindicator I (plan voor de zorg rond het levenseinde). Dit kadert in het Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra. De kwaliteitsindicator geeft een beeld van de mate waarin het communicatieproces VZP wordt ondersteund door een neergeschreven, gedocumenteerd plan voor de zorg rond het levenseinde. Goede zorg voor het levenseinde houdt in dat er een beleid wordt uitgebouwd op het niveau van het woonzorgcentrum enerzijds en dat er voor elke individuele bewoner op maat gemaakte afspraken worden bijgehouden anderzijds (6). Aangezien de overheid geen tools geeft om dit communicatieproces VZP te voeren bij de Vlaamse woon- en zorgcentrabewoners stelden we een éénduidig beleid op, op het niveau van het WZC. Er werden bewuste keuzes gemaakt in het beleid omtrent taakverdeling zodat dit duurzaam project van kwaliteitsverbetering ook na het indienen van deze masterscriptie kan verderlopen.

2. ORIENTEREND LITERATUURONDERZOEK

2.2 Methode

Bij het literatuuronderzoek werd gezocht volgens de watervalmetafoor. Er werd continu geselecteerd op basis van relevantie van titel en abstract, publicatiedatum, taal, soort artikel en de beschikbaarheid. Artikels werden enkel als relevant beschouwd wanneer ze specifiek over vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum handelden. Artikels die als invalshoek de wetgeving rond VZP in een bepaald land, behalve België, gebruikten werden ook niet weerhouden. Er werden geen artikels opgenomen die gepubliceerd werden voor het jaar 2007. Enkel artikels in het Nederlands of het Engels werden geselecteerd. Enkel artikels, waarvan de full tekst via UGent ter beschikking was, werden opgenomen in de literatuurstudie. Alle weerhouden richtlijnen, artikels en masterproeven werden opgenomen in een nieuwe database in EndNote.



2.3 Resultaten

Hoe moet een beleid 'beslissingen rondom het levenseinde' er uit zien?

1. **Hoe ziet het beleid VZP er uit in andere woonzorgcentra? Zijn hier richtlijnen voor?**

Een éénduidig, pasklaar beleid 'VZP in WZC' werd niet gevonden. Sinds 2000 is elk WZC wettelijk verplicht een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aan te stellen. Er moet ook een referentieverpleegkundige in palliatieve zorg aanwezig zijn. Deze personen zijn samen verantwoordelijk voor de palliatieve zorg in het WZC, het geven van advies in specifieke palliatieve situaties en het organiseren van trainingsmomenten in palliatieve zorg voor zorgverleners (7). Ze kiezen echter zelf hoe dit wordt ingevuld. Dr. Wim Strubbe voerde als HAIO onderzoek tussen 2012 en 2014 waarbij hij naar het beleid keek binnen de Oost-Vlaamse WZC (7). Zijn resultaten leggen we naast de aanbevelingen uit de literatuur. Palliatief netwerk De Mantel stelde in 2011 een draaiboek op voor implementatie in WZC (8). De richtlijnen VZP en VZP bij personen met dementie geven concrete aanbevelingen op niveau van de individu maar niet omtrent het beleid in WZC. Ze beogen zorgverleners te informeren en inspireren zodoende deze de richtlijn verder kunnen aanpassen naargelang hun eigen discipline en setting (2,5).

Een werkbaar VZP-model moet een duidelijke visie vertonen, toepasbaar zijn op alle bewoners, een hulpinstrument zijn, flexibel zijn en geen statisch gegeven, gebruiksvriendelijk zijn, kader/structuur bevatten. Het resultaat moet eenvoudig, schematisch zijn en ruimte laten voor eigen inbreng. Het wordt aanbevolen te vertrekken van de bestaande structuur binnen het WZC. Men kan het best kijken wat er al voorhanden is en heroriënteren waar nodig (8).

<u>Wanneer wordt best gesproken over VZP?</u>
Een opname in een WZC is een sleutelmoment voor het aangaan van een gesprek omtrent VZP. Het wordt aanbevolen om als zorgverstrekker zelf dit gesprek te starten. Ook bij de chronisch zieke patiënt is het belangrijk dit te doen bij een stabiele gezondheidstoestand (7). Voor opname en bij het opnamegesprek kan het onderwerp al even aangehaald worden. Nadien kan een kleine nota gemaakt worden voor elk gesprek dat relevant was (door iedereen binnen het WZC) (2). Strubbe vond dat ongeveer 54% van de woonzorgcentra reeds systematisch een VZP-gesprek voeren bij iedere bewoner. De meeste woonzorgcentra die dit niet systematisch doen, vermelden expliciet er mee bezig te zijn of in de opstartfase te zitten. Er zijn geen aanbevelingen rond het exacte tijdstip voor het voeren van dit gesprek. In het overgrote deel (68%) van de woonzorgcentra wordt dit gesprek ergens binnen de eerste 2 maanden na opname gevoerd, maar niet bij de opname (7%) of bij het intakegesprek (3%) (7).

<u>Wat houden gesprekken i.v.m. VZP in?</u>
VZP-gesprekken kunnen gefaseerd volgende onderwerpen omvatten: opvattingen over de ziekte, waarden en voorkeuren verkennen, het onderwerp VZP ter sprake brengen en zorgdoelen bespreken. De zorgverlener begeleid zijn patiënten in het formuleren van de zorgdoelen en bespreekt, indien de patiënt dit wenst, relevante specifieke behandelbeslissingen afgestemd op het te verwachten ziektetraject van de patiënt (8).

<u>Schriftelijke informatie:</u>
Zorgverleners stellen best schriftelijke informatie ter beschikking van hun patiënten ter ondersteuning van VZP-gesprekken (2). De Mantel verwijst in hun draaiboek naar enkele documenten die een WZC kan gebruiken (flyer, brochures, document wilsverklaring) (8). Ook de richtlijn VZP verwijst naar Federatie Palliatieve zorg Vlaanderen en LEIF voor het bekomen van informatie (2).

VZP-gesprek herhalen met naaste(n)?

Het gesprek wordt best herhaalt met eventuele naaste(n), VZP-overleg genoemd. Dit, bij voorkeur in aanwezigheid van de bewoner. De Mantel stelt voor dit overleg ongeveer 2 maand na de opname te doen, het liefst na gesprekken met de bewoner. Er zijn geen aanbevelingen over wie op dit overleg aanwezig moet zijn (8).67% van de woonzorgcentra voeren ook effectief VZP-overleg. In 63% wordt de familie betrokken in het overleg, in 46% de hoofdverpleegkundige, in 34% de palliatief verpleegkundige en in 30% de huisarts. 46% van de VZP-overleggen werden niet systematisch gepland na de gesprekken die erover gevoerd werden. De meest voorkomende momenten waren verandering van de algemene toestand van de bewoner (58%), op vraag van de bewoner en/of familie (31%), na een ziekenhuisopname (14%)(7).

Multidisciplinair overleg omtrent VZP bij de bewoner

Het is aanbevolen om de andere betrokken zorgverleners op de hoogte te brengen van de besproken zorgdoelen en behandelbeslissingen. Echter, dit kan pas met goedkeuring van de patiënt.
Tevens kan, eventueel ter voorbereiding van het VZP-gesprek, een multidisciplinair overleg gepland worden om met de nodige kennis van zaken het gesprek te starten (2). Strubbe merkte op dat in 59% van de WZC een multidisciplinair overleg gepland werd rond de toekomstige zorg van de bewoner. De hoofdverpleegkundige en palliatief verpleegkundige waren de meest aanwezige personen op dit overleg (respectievelijk 96% en 72%). De huisarts werd in 67% van de overleggen betrokken. Voor 70% werden zelf personen ingevuld waarvan familie, ergo en kiné het vaakst voorkwamen (7).

Herzien van de VZP

De richtlijn VZP beveelt aan om op regelmatige basis de besproken keuzes revalueren afhankelijk van de gezondheidstoestand en toekomstperspectieven van uw patiënt. Patiënten en naasten worden best herhaaldelijk gesensibiliseerd en geïnformeerd volgens hun behoefte (2). VZW De Mantel adviseert het gesprek jaarlijks te herhalen en een tussentijds gesprek aan te gaan bij verandering van de gezondheidstoestand of ontslag uit het ziekenhuis. De patiënt moet op elk moment zijn mening kunnen herzien (8).

Documenten VZP

De richtlijn VZP raadt aan een specifiek gedeelte in het dossier te hebben voor notities en documenten i.v.m. VZP. Daarnaast wordt aanbevolen om dit gedeelte in het dossier snel raadpleegbaar te maken. Documenten en formulieren omtrent VZP worden best in een eenvoudige en duidelijke taal opgesteld (2). Palliatief netwerk de Mantel is concreter en raadt aan een document per bewoner in het dossier te hebben met VZP-code, DNR-code en verwijsformulier voor het ziekenhuis. Dit wordt liefst gebundeld tot één document dat zowel in het woonzorgcentrum als het ziekenhuis kan gebruikt worden. Bij voorkeur in een opvallend kleur waarop DNR-code en VZP-code samen vermeld staan (8). De richtlijn VZP geeft geen aanbevelingen omtrent de keuze van documenten. Ze stelt echter wel dat VZP zich meer dient te richten op zorgdoelen en minder op specifieke interventies. Wilsverklaringen kunnen doorgaans niet anticiperen op alle specifieke klinische omstandigheden die zich zouden kunnen voltrekken. Ze geeft twee voorbeelden van zorgdoel- modellen (ABC- model en het CLF-CLF-model). Voor bruikbare

documenten wordt verwezen naar het document 'Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde' van federatie palliatieve zorg Vlaanderen, de documenten van LEIF en de documenten op de website Recht op Waardig Sterven. Naar de website van het FOD wordt verwezen voor het registratieformulier Verklaring van de wilsuitdrukking inzake wegneming en transplantatie van organen en weefsels na overlijden (2). Palliatief netwerk de Mantel stelde een werkmodel op met drie doelstellingen, terug te vinden in hun draaiboek (8). Bij het onderzoek van Strubbe waren de meest gebruikte documenten zelf ontworpen (70%). Deze bevatten een negatieve wilsverklaring (64%). DNR en VZP-coderingen werden minder vaak gebruikt (respectievelijk 19 en 17%).In slechts 52% van de woonzorgcentra wordt effectief gebruik gemaakt van een standaard verwijsbrief voor het ziekenhuis (7).

Positieve wilsverklaringen zoals het beschrijven van zorgdoelen kunnen de arts helpen om beslissingen te nemen aan het levenseinde die overeenstemmen met de wil en de waarden van de patiënt. Belangrijk is echter wel dat geen enkele positieve wilsverklaring wettelijk bindend is. De voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie bij onomkeerbaar coma is ook een voorbeeld van een positieve wilsverklaring. In een negatieve wilsverklaring kunnen specifieke behandelingen door de patiënt worden geweigerd. Deze blijft onbeperkt/ altijd van kracht, totdat deze herroepen wordt. Een negatieve wilsverklaring is wel wettelijk bindend als alle voorwaarden zijn vervuld (2).

<u>VZP bij personen met dementie</u>

Ook hier is het belangrijk om een VZP zo vroeg mogelijk op te stellen: naast een opname in het WZC zijn de periode rondom de diagnostiek van dementie en bespreking van de zorgdiagnostiek sleutelmomenten. Het is belangrijk steeds uit te gaan van maximale wilsbekwaamheid (fluctuerend gegeven), ook als verbale communicatie niet meer mogelijk is. Communicatie vormt hier een extra uitdaging. Er dient een formele klinische beoordeling uitgevoerd te worden van de wilsbekwaamheid bij twijfel of discussie (tussen zorgverleners en/of naasten), wanneer de gevolgen van de beslissing(en) ingrijpend kunnen zijn. Dit, bij voorkeur in een multidisciplinair team met expertise in dementie. Het is belangrijk naasten actief te betrekken bij VZP, formuleren van zorgdoelen en wensen voor levenseindebeslissingen (3-5).

2. Wie wordt betrokken in de ontwikkeling en goedkeuring van deze beleidsvoering?

Er wordt aangeraden een persoon of enkele personen aan te stellen om een visie te ontwikkelen en uit te bouwen in een specifieke zorgcultuur. Dit is volgens de richtlijn iemand met genoeg zegkracht over de hele voorziening (8). Bij het onderzoek van Strubbe werden de directie (60%) en andere (60%) vermeldt als verantwoordelijke instantie voor de visie. Het vaakst voorkomende vrij ingevulde antwoord was: de palliatieve werkgroep. Andere antwoorden waren: verpleegkundig team (14%), maatschappelijk werker (5%) en kwaliteitscoördinator (14%)(7).

Er worden geen aanbevelingen aangetroffen rond het aanstellen van een persoon of instantie die verantwoordelijk wordt geacht voor het op- en bijstellen van het beleid (niet de visie). VZW De Mantel stelt dat het belangrijk is alle organen en personen te betrekken die iets te maken hebben met het WZC, ongeacht leeftijd of specialisme. Men gaat best na welke rol elk heeft in het VZP-gebeuren en hoe men iedereen betrokken kan houden (8). 8% van de woonzorgcentra geven aan een verantwoordelijke te hebben. In de 58% van de woonzorgcentra was er een palliatief verpleegkundige of palliatief referent

aanwezig. In 26% was dit de hoofdverpleegkundige van de dienst. 15% woonzorgcentra gaven een andere persoon aan: maatschappelijk werker (40%), verpleegkundige (18%), lid van de directie (18%), kiné (8%), opnameverantwoordelijke (8%) en lid van het animatieteam (8%) (7). De richtlijn VZP beveelt aan dat zorgverleners dienen opgeleid te worden met betrekking tot de verschillende deeltaken in het proces van VZP. een opleiding over VZP zou volgende elementen moeten omvatten: wat is VZP? het belang van VZP; beslissen op basis van waarden en voorkeuren van de patiënt; het wettelijk, deontologisch en ethisch kader; communicatievaardigheden; voorkeuren documenteren en communiceren (2).

De huisarts is finaal verantwoordelijk voor de therapeutische beslissingen bij het levenseinde. Daarom wordt er geadviseerd om de huisartsen bij de ontwikkeling van de visie en de VZP-cultuurvorming (beleid) te betrekken (8). In 81% van de WZC werden de individuele huisartsen niet betrokken bij het opstarten van het beleid voor VZP (7).

Ook familie betrekken is belangrijk stelt De Mantel. Meestal zal een familielid als vertegenwoordiger aangesteld worden en krijgen zij dus een rol binnen dit proces. Dit kan georganiseerd worden onder de vorm van en familieraad (8). Onderzoek naar het betrekken van familie bij het opstellen van het beleid werd niet gevonden.

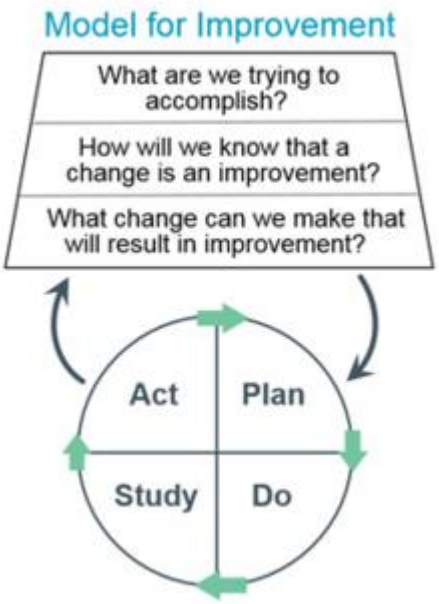
3. In welke mate vindt communicatie plaats met huisartsen, andere zorgverleners, bewoners en hun familie betreffende deze beleidsvoering in het WZC?

Er zijn geen richtlijnen terug te vinden over welke persoon de verantwoordelijkheid over het communiceren van het beleid het best draagt. Het is aanbevolen om alle betrokkenen te informeren over de visie m.b.t. VZP, alsook de werkwijze die het WZC hierbij zal hanteren naar elke bewoner. Dit kan a.d.v. infomomenten, schrijven… (8). Strubbe merkte op dat er een sterke heterogeniteit is binnen de WZC. De verantwoordelijkheid van communiceren ligt het vaakst bij de hoofdverpleegkundige (30%) en palliatief referent(e) (25%). In 94% van de WZC werd het eigen personeel zorgvuldig het beleid uit de doeken gedaan. De meest gebruikte methodes hiervoor zijn via teamvergaderingen (29%), via bijscholingen/vormingen (28%) en mondelinge overdracht tijdens de uren (13%) (7).Uit het onderzoek van Strubbe blijkt dat ongeveer 73% van de WZC de individuele huisarts op een of andere manier inlicht. De meest gebruikte methoden hiervoor zijn het organiseren van een infoavond rond het beleid (17%), mondelinge informatie bij het bezoek van het WZC (17%) en informatie via de CRA in de huisartsenkring (15%)(7,8). De richtlijn van De Mantel raadt ook aan de bewoners en hun familie van bij opname reeds te informeren. Dit kan via een brochure, infoavond, individuele contacten, ….(8). Strubbe vond dat in 92% van de WZC de familie en de bewoner op één of andere manier (schriftelijk dan wel mondeling) geïnformeerd worden over het beleid (7).

3. METHODIEK VAN HET PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

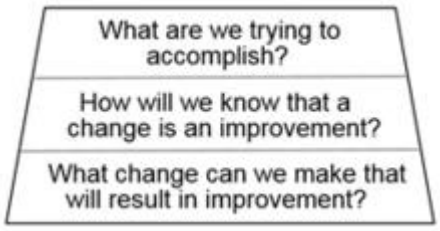
3.1 Algemeen

Er werd gewerkt volgens Model for Improvement. Dit is een model dat voorgesteld wordt door het institute for Healthcare improvement. Het werd ontwikkeld door 'associates in proces improvement' en is een eenvoudig maar krachtige stappenplan om snel verbetering te creëren. Het model werd reeds succesvol gebruikt over de hele wereld bij verschillende kwaliteitsverbeterprojecten in de gezondheidssector (1,12). Het bestaat uit twee delen: drie eenvoudige vragen, gevolgd door de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus voor het testen van de veranderingen in de echte werksituatie. Door deze te doorlopen zien we of we effectief verbetering krijgen door de veranderingen.



Figuur 1: Model for Improvement (IHI) (12)

3.2 In dit praktijkverbeterend project



Figuur 2: Model for Improvement (IHI): Drie vragen (12)

- Wat proberen we te bereiken?

We stellen een doel op d.m.v. het SMART-principe: Specifiek/ meetbaar/ acceptabel/ realistisch/ tijdsgebonden. De doelstelling is een nieuw beleid opstellen 'vroegtijdige zorgplanning' in WZC Heilige Familie. Door dit beleid toe te passen trachten we een neergeschreven VZP te bekomen bij elke permanente bewoner van het WZC Heilige Familie te Kieldrecht, begeleid door een goed communicatieproces.

Termijn: Eindevaluatie op 20 maart 2018 (referentiedag voor indicator I: Percentage bewoners dat beschikt over een plan voor de zorg rond het levenseinde dat in overeenstemming is met de wensen van de bewoner binnen het WZC).

- Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?

Hiervoor werden verschillende indicatoren vastgelegd:

- Procesindicator:

Als procesindicator kozen we de ervaringen van alle betrokken partijen m.b.t. het opstellen van een VZP. D.m.v. overlegmomenten en (focus)gesprekken met alle betrokkenen werd inzicht verkregen in de uitvoering en het communicatieproces m.b.t. het opstellen van een VZP. Deze focusgroepen werden georganiseerd na het doorlopen van de eerste en tweede cyclus van het project. De focusgroepen werden intern homogeen en extern heterogeen samengesteld. D.w.z. dat er aparte focusgroepen werden georganiseerd voor de huisartsen met patiënten binnen het WZC naast de focusgroepen met de adjunct-verpleegkundigen. Tevens werden focusgesprekken georganiseerd met een aantal familieleden van bewoners. De bewoners die bereid waren deel te nemen aan het gesprek ondertekenden een ICF (zie bijlage), alsook de bewoners wiens familieleden deelnamen aan de focusgroepen. Hoewel het hier niet de bedoeling was om in te gaan op de inhoud van hun VZP doen we hier beroep op individuele data van patiënten. Er werden individuele gesprekken gevoerd met enkele bewoners aangezien een focusgroep hier praktisch niet mogelijk was (cognitieve-, visus- en gehoorproblemen). Bij alle focusgroepen nam ik de rol aan van moderator. Er bestaan tevens audio-opnames van de focusgroepen. Binnen de groep van de huisartsen hadden 2 artsen bezwaren tegen opname, waardoor dit niet kon . Achteraf werd van elke focusgroep een verslag geschreven. Dit mocht wel in alle groepen (anoniem). De focusgroepen werden opgenomen en na afloop getranscribeerd. Hierna werd de data gesorteerd per besproken thema. Ik bekeek of de verschillende variabelen samenhingen met de variabelen binnen de samenstelling van de groep. Er werd een duidelijk verschil gemaakt tussen individuele meningen en groepsconsensus. Doch werden ook individuele meningen beschreven. Na de tweede cyclus werd een focusgesprek gehouden met nieuwe bewoners en hun familieleden (apart). Het was immers niet zinvol opnieuw de groepen van na cyclus 1 uit te nodigen aangezien zij geen verschil konden waarnemen.

- Resultaatsindicator:

Hiervoor werd beroep gedaan op kwaliteitsindicator I (Plan voor zorg rond het levenseinde) van het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra (6). Hiervoor moet aan volgende 3 criteria voldaan worden:

- In het WZC is er een voorstel gedaan aan de bewoner om, indien deze dat wenst, een vertegenwoordiger aan te wijzen.
- De wensen van de bewoner met betrekking tot het levenseinde zijn bevraagd. Dit gebeurt in de eerste plaats in een gesprek met de bewoner zelf. Enkel indien de bewoner zijn wil niet meer kan uitdrukken, worden de wensen m.b.t. levenseinde bevraagd aan de door de bewoner aangewezen vertegenwoordiger of aan de vertegenwoordiger zoals bepaald door het cascadesysteem.
- Er is een zorgplan opgemaakt op basis van deze bevraagde wensen van de bewoner m.b.t. het levenseinde.

$$I = \frac{\text{Aantal bewoners met en plan voor de zorg rond het levenseinde, in overeenstemming met de wensen van de bewoner.}}{\text{Aantal aanwezige bewoners}} \times 100$$

Voor deze indicator gaat het erom dat er aangetoond kan worden dat er communicatie is gevoerd met de bewoner, maar waarbij de bewoner zelf de vrijheid behoudt al dan niet een vertegenwoordiger aan te wijzen, te praten over zijn wensen m.b.t. levenseinde. Indien de bewoner duidelijk aangaf hier niet over te willen spreken kan dit als volgt genoteerd worden in het dossier: “De bewoner wenst niet te praten over diens wensen m.b.t. het levenseinde met het zorgteam”.

Bewoners die hun wil niet meer kunnen uitdrukken, kunnen per definitie geen vertegenwoordiger meer aanwijzen. Het is mogelijk dat deze bewoner in het verleden al een vertegenwoordiger heeft aangewezen, en dan kan de communicatie en het proces van vroegtijdige zorgplanning via deze vertegenwoordiger lopen. In dit geval is voldaan aan de indicator indien aantoonbaar is, dat het woonzorgcentrum de aangewezen vertegenwoordiger kent, dat de wensen van de bewoner m.b.t. levenseinde zijn bevraagd via de aangewezen vertegenwoordiger en dat er een zorgplan is op basis van de wensen van de bewoner m.b.t. het levenseinde. Het is ook mogelijk dat deze bewoner in het verleden geen vertegenwoordiger heeft aangeduid (en dit nu ook niet meer kan). Enkel in dit geval gebeurt de bevraging van de wensen m.b.t. levenseinde via de vertegenwoordiger zoals bepaald door het cascadesysteem en dan kan de communicatie en het proces van vroegtijdige zorgplanning via deze vertegenwoordiger lopen. In dit geval is voldaan aan indicator I indien aantoonbaar is dat het woonzorgcentrum de vertegenwoordiger via het cascadesysteem kent, dat de wensen van de bewoner m.b.t. levenseinde zijn bevraagd aan deze vertegenwoordiger via het cascadesysteem en dat er een zorgplan is op basis van de wensen van de bewoner m.b.t. het levenseinde.

Het betreft hier geen individuele data van patiënten. Deze indicator wordt jaarlijks doorgegeven aan de overheid in het kader van het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra. Achteraf wordt een rapport met gemiddelden van deze indicatoren openbaar gemaakt en wordt een rapport verstuurd naar

elk WZC met hun resultaten t.o.v. de resultaten van andere Vlaamse WZC. Het WZC gaf toestemming deze zelfde indicator ook tussentijds op te vragen.

-Structuurindicator:
De gekozen structuurindicator is de tijd die geïnvesteerd wordt door huisartsen en verpleegkundigen in het gehele proces. Met de huidige personeelstekorten in de zorg en het tekort aan huisartsen in vele streken zijn we genoodzaakt ook hiermee rekening te houden. Deze indicator werd bevraagd voor de opstart van het project en na cyclus 1 en 2. Dit werd gedaan aan de hand van een vragenformulier. Het betreft hier geen individuele data van patiënten. Vóór de opstart van het project en na beide cyclussen werd een vragenformulier verstuurd naar de drie adjunct-verpleegkundigen die de VZP opmaken op hun afdeling. Tevens werd gevraagd aan de huisartsen in Kieldrecht hoeveel tijd ze gemiddeld spendeerden aan het opstellen van een VZP bij een patiënt in het WZC. D.m.v. interviews werd uitleg verkregen bij de resultaten.

- Welke acties die leiden tot een verbetering kunnen we allemaal uitvoeren ?

Er werd een startmeeting georganiseerd met CRA-arts, directie van het WZC en hoofdverpleegkundige (tevens referentie verpleegkundige in palliatieve zorg). Tijdens deze meeting werd het voormalige beleid nagevraagd d.m.v. het interviewen van de aanwezigen. De hoofdverpleegkundige van WZC Heilige Familie had in 2012 eerder al grote inspanningen gedaan omtrent het ontwikkelen van een beleid VZP in het kader van zijn eindwerk “referentieverpleegkundige in de palliatieve zorg”. Er was reeds een duidelijke visie die uitging van autonomie en levenskwaliteit van de bewoner. Het voormalige beleid werd in kaart gebracht d.m.v. een flowchart (zie bijlage 4). Er bestond immers geen uitgeschreven visie of beleidsprotocol binnen het WZC. Wel, waren er beleidsdocumenten die gebruikt werden bij het opstellen van een plan rondom de zorg rond het levenseinde (zie bijlage 5). Er werd gestart vanuit dit beleid om aanpassingen te maken. Het werd vergeleken met de resultaten die het literatuuronderzoek had opgeleverd. Verschillen hiertussen vormden de bron voor de actiepunten die hieronder beschreven staan.

-Acties in het beleidsprotocol en –document voor cyclus 1:

1. Er werd een nieuw beleidsprotocol opgesteld, gebaseerd op aanbevelingen uit de literatuur. Aangezien er bij aanvang van het project nog een groot % bewoners was zonder VZP werd besloten zowel een beleidsprotocol op te stellen voor nieuwe bewoners als voor huidige bewoners zonder VZP. In een later stadium werd dit herschreven tot één protocol.

2. Er werd besloten een eigen beleidsdocument op te stellen dat volgende zaken bevat: Samenvatting / aanstellen vertrouwenspersoon/ aanstellen vertegenwoordiger/ vastleggen van zorgdoelen/ negatieve wilsverklaring/ positieve wilsverklaring euthanasie/ orgaandonatie/ schenking van het lichaam aan de wetenschap/ wijze van teraardebestelling.

3. “Wat met bewoners met vergevorderde dementie, bewoners onder bewindvoering, bewoners die niet meer kunnen schrijven o.w.v. fysieke problemen?” Er werd besloten om deze uitzonderlijke procedures duidelijk te beschrijven in het nieuwe beleidsdocument.

4. Er werd een folder (zie bijlage 9) opgesteld met info over VZP en het beleid VZP binnen het WZC.

5. De literatuur geeft duidelijk aan dat een opname in een WZC een sleutelmoment is voor het opstellen van een VZP. Er werd besloten om vanaf de start van het project VZP-gesprekken te initiëren 6 à 8 weken na opname. Bij de kennismaking (voor opname) en bij het opnamegesprek wordt niet over VZP gesproken op initiatief van de zorgverlener maar nieuwe bewoners krijgen dan wel reeds de folder (zie bijlage 9) met info over VZP en het beleid in het WZC. Vanaf opname wordt deze infobrochure toegevoegd aan hun map met het zorg- en begeleidingsplan die op de kamer te vinden is.

6. Er werd besloten om vanaf de start van het project extra aandacht te besteden aan notities in het elektronisch dossier zodoende geen info verloren gaat. Eens het VZP-document is opgemaakt, is het originele document terug te vinden in de communicatiemap (op bureau adjunct-verpleegkundige) en een ingescande versie in de computer, gekoppeld aan het dossier van de bewoner.

7. Vanaf de start van het project werd afgesproken dat de adjunct-verpleegkundige de gesprekken initieert en ondersteuning vraagt aan de hoofdverpleegkundige zo nodig. In een eerste fase zal de hoofdverpleegkundige de adjunct-verpleegkundige assisteren bij wijze van leerproces. De adjunct-verpleegkundigen volgden tevens een opleiding VZP tijdens cyclus 1.

8. Er werd beslist om ook de huisarts uit te nodigen bij multidisciplinair overleg. Eén keer per jaar worden alle bewoners besproken. Er zal vanaf nu extra aandacht besteed worden binnen dit overleg aan de zorgplanning. Alle disciplines kunnen op dat moment ook de zorgdoelen vertalen naar hun domein.

9. Vanaf nu zal de VZP jaarlijks herzien worden, voorafgaand aan het multidisciplinair overleg.

-Acties in communicatie van het beleid voor cyclus 1:

1. De huisartsen die niet werden bezocht (buiten Kieldrecht en Verrebroek), werden aangeschreven. Ze kregen een brief (zie bijlage 8) en de uitgeschreven versie van het nieuwe beleidsprotocol met het nieuwe VZP-document. Hierin werd ook duidelijk vermeld dat opmerkingen of bedenkingen steeds welkom waren.

2. Personeelsleden van het WZC (iedereen) werden, net als bewoners en naaste(n) van bewoners, uitgenodigd voor een jaarlijkse infonamiddag over VZP. Deze infonammidag werd gedurende dit

project georganiseerd en gehouden, samen met de hoofdverpleegkundige. Nadien zal de hoofdverpleegkundige dit op zich nemen samen met de CRA-arts (mijn praktijkopleider).

- PDC(S)A cirkel:



Figuur 3: Model for Improvement: PDC(S)A (12)

Plan:

Na de analyse die gemaakt werd, kwamen verschillen aan het licht tussen het huidige beleid (zie bijlage 4 en 5) en aanbevelingen uit het literatuuronderzoek. Er werd een nieuwe vergadering gepland met de CRA-arts, directie van het WZC en de hoofdverpleegkundige. Actiepunten werden geformuleerd (zie hierboven) om het doel te halen. Nadien werd een nieuw beleidsprotocol opgesteld met een nieuw beleidsdocument (+ flowchart). Eén voor nieuwe bewoners van het WZC, en één voor bestaande bewoners die nog geen VZP hadden. Hierin staat duidelijk uitgelegd wat het plan van aanpak is en hoe dit moet worden uitgevoerd. Eerdere masterproeven huisartsgeneeskunde (9-11) werden gelezen ter inspiratie van het schrijven hiervan. Ook de meetstrategie (indicatoren) werden duidelijk gecommuniceerd zodoende iedereen op voorhand wist hoe de kwaliteitsverbetering gemeten werd.
De huisartsen met de meeste patiënten binnen het WZC (Kieldrecht en aanliggende gemeenten) werden verzocht hun opmerkingen of ideeën omtrent dit nieuwe beleid VZP door te geven. Ze werden allen persoonlijk bezocht met en eerste versie van het nieuwe beleidsprotocol. Tevens werd een overleg georganiseerd met alle adjunct-verpleegkundigen om samen het eerste beleidsprotocol VZP en het document VZP kritisch te bekijken. Na nog enkele kleine aanpassingen door mijn promotoren werd een beleidsprotocol en –document verkregen waarmee we de eerste cyclus konden ingaan.

Do:

Na goedkeuring van het ethisch comité (14/04/2017) kon het project van start gaan met het opgestelde beleidsprotocol (versie 3) en VZP-document (versie 5). Een proefcyclus bij 2 chronische patiënten van onze praktijk die ik zelf opvolg, stelde geen problemen aan het licht. De eerste cyclus kon ingegaan worden op 1/05/2018.

Study/check:

Evaluatie kon gebeuren na elke cyclus op basis van de drie indicatoren die op voorhand werden vastgelegd (zie hieronder).

Na het afsluiten van de eerste cyclus (1/09/2018) werd een periode voorzien van een maand voor evaluatie (welke aanpassingen blijven behouden?) *(cfr. 4. RESULTATEN*). Hierna werden opnieuw actiepunten opgesteld.

-Acties in het beleidsprotocol en –document na cyclus 1:

1. Er werd gemerkt dat het onderdeel 'schenking van het lichaam aan de wetenschap' en 'orgaandonatie' zeer veel onrust opwekte bij bewoners. Er werd dan ook beslist dit niet actief te benoemen bij het invullen van het document VZP maar dit wel te laten staan in het document. Slechts als de bewoner hier zelf een vraag over heeft kan dit ter sprake worden gebracht.

2. Er bleek plaats tekort te zijn voor vrije notities op het beleidsdocument. Verpleegkundigen hadden de behoefte om een aantal citaten van bewoners te noteren. Er werd dan ook beslist om een extra lege pagina toe te voegen aan het beleidsdocument. Deze pagina zal ook gebruikt worden om nota's te maken bij bewoners die hun ideeën steeds bijstellen en waarbij het niet tot een VZP-overleg komt.

3. Na de infonamiddag kon ook deze geëvalueerd worden. Kleine actiepunten werden besproken naar volgend jaar toe: Op de uitnodiging moet de datum duidelijk vermeld worden, niet alleen op inschrijvingsstrookjes. Het is belangrijk volgend jaar nog duidelijker te vermelden dat de VZP worden opgesteld bij permanente bewoners van het WZC en niet bij bewoners in kortverblijf of bij bewoners uit te flatjes. Er werd, op vraag van de huisartsen, een VZP-document opgesteld dat buiten het WZC kan gebruikt worden. De infonamiddag zal in het vervolg later op het jaar gepland worden o.w.v. werkdruk bij deze huisartsen.

4. Er werd besloten een inspanning te doen in bijscholen van personeel op de volgende teamvergadering aangezien er toch nog veel wat misvattingen bestaan over VZP.

Het beleidsprotocol (versie 4) en het VZP-document (versie 6) werden hervormd. Hiermee werd cyclus 2 ingegaan (1/10/2017- 01/02/2018).

Na afloop van cyclus twee werden de indicatoren opnieuw geëvalueerd *(cfr. 4. RESULTATEN).* Opnieuw werden voor- en nadelen van aanpassingen afgewogen en werden acties opgesteld om het proces nog te verbeteren:

-Acties in het beleidsprotocol en –document na cyclus 2:

1. Er werd beslist om de pagina DNR-codering toch terug toe te voegen aan het document. Deze had reed in een eerste versie gestaan maar was toen terug geschrapt. Echter, ervaring van huisartsen leert ons dat dit een meerwaarde biedt bij transfers naar het ziekenhuis. Deze DNR-codering zal de huisarts van de bewoner toekennen na het VZP-overleg. Er werd een aanpassing gemaakt op de voorpagina zodoende ook de DNR-code in één oogopslag zichtbaar is voor zorgverleners.

Er werd een laatste versie opgesteld van het beleidsprotocol (versie 5, zie bijlage 6) en het beleidsdocument (versie 7, zie bijlage 7).

Act:

Het totale project werd geëvalueerd en er werd een besluit gevormd. Het doel werd gehaald. Er werd een beleid vroegtijdige zorgplanning opgesteld in WZC Heilige Familie te Kieldrecht dat iedere permanente bewoner de kans geeft een VZP op te stellen. De laatste versies van het beleidsprotocol en het -document zullen verder gebruikt worden in de dagelijkse praktijk van het WZC.

4. RESULTATEN

4.1 Procesindicator

Na de eerste cyclus werden focusgroepen georganiseerd met volgende groepen:
-Adjunct-verpleegkundigen + hoofdverpleegkundige (5 personen)
-Artsen met patiënten binnen het WZC (6 personen)
-Familieleden van bewoners (6 personen, aangewezen door de hoofdverpleegkundige)
-Er werd beslist om bij de bewoners informatie te vergaren d.m.v. individuele gesprekken (3 personen, aangewezen door de hoofdverpleegkundige). Dit, o.w.v. hun medische toestand. Velen hebben cognitieve-, gehoor- of visusproblemen waardoor een groepsgesprek onmogelijk was (3).

Na de tweede cyclus werden opnieuw focusgroepen en gesprekken georganiseerd:
-Adjunct-verpleegkundigen (5 personen)
-Artsen met patiënten binnen het WZC (3 artsen HAP de Kouter, o.w.v. de werkdruk bij andere artsen uit de omgeving)
-Familieleden van bewoners (2 nieuwe bewoners, aangewezen door de hoofdverpleegkundige)
-Bewoners (2 nieuwe bewoners, aangewezen door de hoofdverpleegkundige)

Hieronder beschrijf ik de belangrijkste zaken die naar voor kwamen tijdens de focusgesprekken:

- Focusgroep adjunct-verpleegkundigen na cyclus 1:

Infonamiddag
De communicatie omtrent de infonamiddag verliep goed. Nadien kwam een gesprek op gang over VZP, de taboesfeer verdween. Bij sommige bewoners ontstond wat onrust. Dit kwam voornamelijk door praktische problemen (bewoners zonder familie).

Het opstellen van een VZP: moeilijk voor bewoners?
Verpleegkundigen merken dat bewoners een duidelijke visie hebben op hun toekomstige zorg. Op de afdeling dementie verwijst de bewoner snel door naar familie voor het invullen van de zorgdoelen. Er werd vaak gezien dat kinderen meer doorgedreven behandelingen willen dan hun ouders. Het is dus belangrijk steeds te herhalen dat het gaat om wat de bewoner zelf wil. Er zijn slechts enkele bewoners die niet over het onderwerp VZP willen spreken. Verpleegkundigen geven aan dat bewoners het doel soms niet vatten, waardoor het belangrijk is het onderwerp herhaald aan te brengen. Echter, de bewoner mag hierin niet geforceerd worden.

Het opstellen van een VZP: moeilijk voor de verpleegkundigen?
Het plannen van gesprekken bij bewoners met dementie is niet eenvoudig is. Zoals de richtlijn beschrijft is wilsbekwaamheid een fluctuerend gegeven. Echter, op voorhand kan niet ingeschat worden wanneer de bewoner een helder moment heeft. Het is dus een gok om een overleg vast te leggen op een bepaalde dag. De adjunct-verpleegkundigen zijn allemaal heel tevreden over de volledigheid van het VZP-document. Het document ondersteunt het communicatieproces. De combinatie negatieve wilsverklaring en zorgdoelen zorgt niet voor verwarring. De punten orgaandonatie en schenking van het lichaam aan de wetenschap leiden vaak tot onrust bij de bewoner. Om die reden wordt het niet steeds besproken door hen. Er is volgens de verpleegkundigen een tekort aan schrijfruimte voor het noteren van citaten van de bewoner. Het voeren van VZP-gesprekken en –overleggen geeft een aangenaam gevoel achteraf. Verpleegkundigen leren de bewoner beter kennen. Er werd een bijscholing gevolgd door de adjunct-verpleegkundigen tijdens cyclus 1. Tevens was het goed dat ze bij het begin tijdens de overleggen ondersteund werden door de hoofdverpleegkundige. De verpleegkundigen staan zeer kritisch t.o.v. het gebruik van een app met fotomateriaal ter ondersteuning van het communicatieproces. Er werd opgemerkt door alle verpleegkundigen dat er, ondanks de infonamiddag, toch heel wat misverstanden bestaan over VZP binnen het ander personeel van het WZC.

Aanwezigheid van de huisarts?
De aanwezigheid van de artsen bij een VZP-overleg is beperkt. Verpleegkundigen merken een duidelijk generatieverschil op. Jongere artsen zijn eerder aanwezig bij een VZP-overleg dan oudere artsen. Achteraf wordt de VZP steeds aandachtig bekeken door elke huisarts.

Het respecteren van de VZP
Sinds het gebruik van het nieuwe VZP-document was er geen twijfel tijdens wachtdiensten. De huisarts van wacht handelde steeds volgens de zorgplanning bij wilsonbekwaamheid. De VZP wordt meegegeven

met de bewoner als deze naar het ziekenhuis gaat. Bij terugkomst uit het ziekenhuis hebben de verpleegkundigen steeds het idee gehad dat de planning ook daar werd nageleefd.

Een VZP herzien?
De herzieningen van VZP'n die tot op heden gebeurden waren overleggen waarbij de oudere formulieren werden vervangen door de nieuwe formulieren. Verpleegkundigen geven aan dat ze regelmatig een gesprek aangaan met de bewoner bij achteruitgang van de gezondheidstoestand. Hierbij verwijzen ze naar de zorgplanning en wordt afgetoetst of de bewoner nog hetzelfde denkt. Deze gesprekken vinden vaak plaats tijdens verpleegmomenten en worden niet op voorhand gepland.

- <u>Focusgroep artsen na cyclus 1:</u>

Communicatie van het beleid
Huisartsen geven aan dat ze het goed vonden op voorhand ingelicht te zijn over het project met de brief en het beleidsprotocol. Na de infonamiddag werden de huisartsen overstelpt met vragen i.v.m. VZP. Er waren (ongewild) veel bewoners van de serviceflatjes aanwezig die namiddag. Deze mensen werden niet opgenomen in het project maar wouden na de infonamiddag toch plots allemaal een VZP. De huisartsen in onze praktijk vonden dit niet erg, hiervoor werd naar mij verwezen. Andere huisartsen gaven aan dat dit niet leuk was in zo'n drukke periode. Vele huisartsen waren hier niet mee vertrouwd en dit gaf aanleiding tot veel vragen en frustraties.

Het VZP-overleg: tijdverlies of efficiëntie?
Er zijn grote verschillen tussen de artsen in aanwezigheid op VZP-overleggen. Sommige huisartsen maken hier geen tijd voor. We merken een generatieverschil: de oudere artsen vinden hun aanwezigheid geen meerwaarde. 'Het kost te veel tijd'. Achteraf overlopen ze wat er is neergeschreven met de adjuct-verpleegkundige. De artsen die wel aanwezig zijn tijdens de overleggen geven aan dat dit voor hen tijdbesparend is. Op het moment dat er achteruitgang is van de gezondheidstoestand kan er verwezen worden naar de VZP en zijn zorgdoelen heel duidelijk. In dit cruciaal stadium moet er geen tijd meer verloren gaan in overleg of discussies met familieleden. De artsen geven aan soms toch te schrikken van keuzes van bewoners. Iedereen is het er echter wel over eens dat hun keuze moet gerespecteerd worden. Men is het er over eens dat het belangrijk is dat de verpleegkundigen tijdens voorafgaande gesprekken ideeën proberen te weten komen van de bewoner: 'het voorbereidende werk'. De artsen die aanwezig zijn tijdens het VZP-overleg geven aan dat ze ongeveer evenveel aan het woord zijn dan de verpleegkundige.

Inhoud van het VZP-document
Huisartsen vinden de inhoud van de VZP goed. Volgens hen moeten er geen aanpassingen gemaakt worden.

Respect voor de VZP
Artsen geven aan dat de VZP steeds duidelijk is, ook als ze bewoners zien tijdens een wachtdienst. Het samenvattingsblad vooraan is hierbij een handig instrument. Er is geen enkele arts die zag dat collega's van wacht bij hun wilsonbekwame patiënten de VZP niet volgden. Huisartsen hebben het gevoel dat de

VZP ook in het ziekenhuis goed gevolgd wordt en dat hun patiënten niet langer in het ziekenhuis blijven dan gewenst wanneer ze een VZP hebben.

- Focusgroep familieleden (van bewoners > 2 maanden in het WZC) na cyclus 1:

Bewoner meenemen naar de infonamiddag?
Het was niet eenvoudig om te beslissen of de bewoner al dan niet zou meegaan naar de infonamiddag. Vanwege gehoor- visuele- en cognitieve beperkingen was het voor de bewoners die meegingen niet eenvoudig om de infonamiddag te volgen.

"De verhuis naar het WZC bracht reeds rust"
Familieleden gaven aan dat er niet eerder werd nagedacht over het opstellen van een zorgplanning. De verhuis naar een WZC op zich was voor hen al een grote stap in planning van de zorg. Het gaf hen rust te weten dat hun familieleden er 24h/24h omringd worden door zorgverleners. Familieleden gaven aan dat het geruststellend is te weten dat er een VZP is. Vooraf waren ze niet goed geïnformeerd. De familieleden die hun naaste verloren tijdens cyclus 1 gaven aan dat de aanwezigheid van een VZP hun stress waarschijnlijk afgenomen had tijdens deze laatste levensfase. Het bracht een soort van troost dat "alles verliep zoals gepland". Het belang van het vroegtijdig opstellen van een zorgplanning bij dementerenden wordt ondersteund door ervaringen van familieleden die de cognitieve toestand van hun naaste(n) zien fluctueren en achteruitgaan.

De aanwezigheid van de huisarts, een meerwaarde?.
De aanwezigheid van de huisarts tijdens het VZP-overleg werd niet als meerwaarde aanzien. Men is het er wel over eens dat de aanwezigheid van de adjunct-verpleegkundige noodzakelijk is bij het invullen van het VZP-document en het ondersteunen van het overleg. Ze zijn de persoon waarin de bewoner en familie vertrouwen heeft en die de nodige kennis heeft.

Het herhalen van een VZP-overleg
Familieleden denken dat het belangrijk is om de zorgplanning te herbekijken. Eén jaar tussenpauze lijkt een goede termijn.

- Individuele gesprekken met bewoners (> 2 maanden in het WZC) na cyclus 1:

Aanwezigheid op de infonamiddag
De bewoners die aanwezig waren op de infonamiddag hebben niet alles begrepen. Doch gaf het wel aanleiding tot een gesprek met familieleden, zorgverleners en medebewoners nadien.

Het opstellen van een VZP: een moeilijke opgave?
Het bepalen van de zorgdoelen was voor de bewoners niet moeilijk. Doch stellen ze dat het aangenamer is als de kinderen zich kunnen vinden in de door hen bepaalde zorgdoelen. Het aanstellen van een vertegenwoordiger leverde bij niemand problemen op.

Nu minder piekeren?
De bewoners gaven aan dat ze voor het opstellen van de VZP nog niet stilstonden bij het plannen van de zorg nabij het levenseinde (sinds ze verbleven in het WZC). Wanneer ze nog thuis verbleven deden velen dit wel, doch spraken ze er niet over. De verhuis naar een WZC bracht rust. Ze geven aan dat het goed

voelt dat alle betrokken zorgverleners weten hoe ze denken over hun toekomstige zorg. Voornamelijk de bewuste keuze voor 'geen ziekenhuisopnames, enkel als strikt noodzakelijk' geeft rust en komt meermaals naar voor. De bewoners die in tussentijd een ziekenhuisopname kenden geven aan dat ook daar hun VZP gevolgd werd.

De aanwezigheid van de huisarts, een meerwaarde?.
De aanwezigheid van de huisarts werd niet als meerwaarde beschouwd. De bewoners vonden het wel goed dat de adjunct-verpleegkundige het initiatief nam in dit proces.

- Focusgroep verpleegkundigen na cyclus 2:

Zijn de actiepunten na cyclus 1 een verbetering?
De verpleegkundigen geven allen aan dat het gesprek vlotter verloopt nu de puntjes 'schenking van het lichaam aan de wetenschap' en 'orgaandonatie' niet letterlijk besproken worden. Het gebeurt zelden dat een bewoner hier zelf over begint te praten. Iedere verpleegkundige heeft een iets andere stijl van het voeren van de gesprekken en overleggen omtrent VZP. Voor twee verpleegkundigen is de extra schrijfruimte achteraan een groot pluspunt.

DNR-codering?
Verpleegkundigen zien de noodzaak niet in van een toevoeging van DNR-codering in het beleidsdocument. Ze hebben schrik dat dit het ingewikkeld zou maken voor de bewoner.

Nog steeds bewoners zonder VZP
Er zijn nog steeds bewoners waarbij VZP gesprekken zijn gevoerd maar waar het niet tot een VZP-overleg komt. Er wordt opgemerkt dat dit vaak bewoners zijn met kinderen die niet achter de keuze van hun ouder staan.

- Focusgroep artsen na cyclus 2:

DNR-codering
De artsen binnen huisartsenpraktijk De Kouter zijn het er over eens dat een toevoeging van een DNR-codering aan de VZP een grote meerwaarde zou zijn bij transfers. Tijdens wachtdiensten merkt men dat er steeds gevraagd wordt naar een DNR-beleid. Men heeft het idee dat er niet echt gekeken wordt naar de VZP en dat er in het ziekenhuis een DNR- beleid wordt aangehangen, onafhankelijk van de VZP die al bestaat (wegens tijdgebrek op dat moment?).

Relevantie
Artsen geven aan dat het aangenamer is om een palliatieve situatie te begeleiden als er op voorhand zorgdoelen zijn besproken. Ze geven tevens aan dat alles efficiënter verloopt. Ook tijdens wachtdiensten merken ze dat een huisbezoek in een WZC veel efficiënter verloopt wanneer er een VZP is.

- <u>Focusgroep familieleden van nieuwe bewoners na cyclus 2:</u>

Het opstellen van een VZP 2 maanden na de verhuis?
De familieleden zijn heel tevreden met de opgemaakte zorgplanning. Het past volgens hun volledig bij de verhuis naar een WZC. Aangezien het werd aangekondigd bij het kennismakingsgesprek kwam het ook verwacht. 6 à 8 weken na verhuis lijkt een goede timing.

Afname van stress bij het levenseinde
Er werd een gesprek gehouden met een familielid van een bewoner die ondertussen overleden is (slechts 2.5 maanden in het WZC geweest). Dit gesprek werd gedaan na het overlijden van de bewoner. De zorgplanning werd opgesteld 6 weken na aankomst in het WZC. Aangezien de VZP hier niet vroegtijdig was (bewoner was reeds ziek) was het invullen van de VZP zeer emotioneel. Toch werd aangegeven dat het goed was dat dit gesprek gevoerd werd. Voordien werd hier nooit over gesproken. De aanwezigheid van een VZP was een grote steun in deze laatste levensfase. Er werd een groot verschil gezien met andere kinderen die niet aanwezig waren tijdens het overleg. Tijdens de laatste levensdagen moesten die meermaals gewezen worden op het feit dat de bewoner 'het zo gewild had'.

De aanwezigheid van de huisarts, een meerwaarde?.
De familieleden beschouwen de aanwezigheid van de huisarts tijdens het overleg als meerwaarde daar hij de schakel vormt tussen de thuissituatie en het verblijf in een WZC.

Evaluatie actiepunten na cyclus 1
Er werd gevraagd of het een meerwaarde had gehad indien orgaandonatie en schenking van het lichaam aan de wetenschap zou besproken zijn. De meningen hierover zijn verdeeld. In de allerlaatste levensfase hoeft dit zeker niet.

- <u>Individuele gesprekken met bewoners na cyclus 2:</u>

Timing?
De bewoners gaven aan dat 6 à 8 weken na de verhuis een goed moment is voor het aangaan van dergelijke gesprekken. Het opmaken van een VZP past bij de verhuis naar een WZC.

De aanwezigheid van de huisarts, een meerwaarde?.
De bewoners vinden het een meerwaarde dat de huisarts hierbij aanwezig is aangezien deze hun al jaren kent in de thuissituatie.

Nu minder piekeren?
Eén van de bewoners waarmee een gesprek aangegaan werd was ziek. Hij overleed zo'n 4 weken na het opstellen van de VZP (twee weken na het gesprek). Hij gaf aan dat het gesprek dat gevoerd was, zeer emotioneel was. Doch gaf hij aan dat het goed was geïnformeerd te zijn over de te verwachten situatie en te kunnen aangeven welke zorgdoelen hij wilde nastreven.

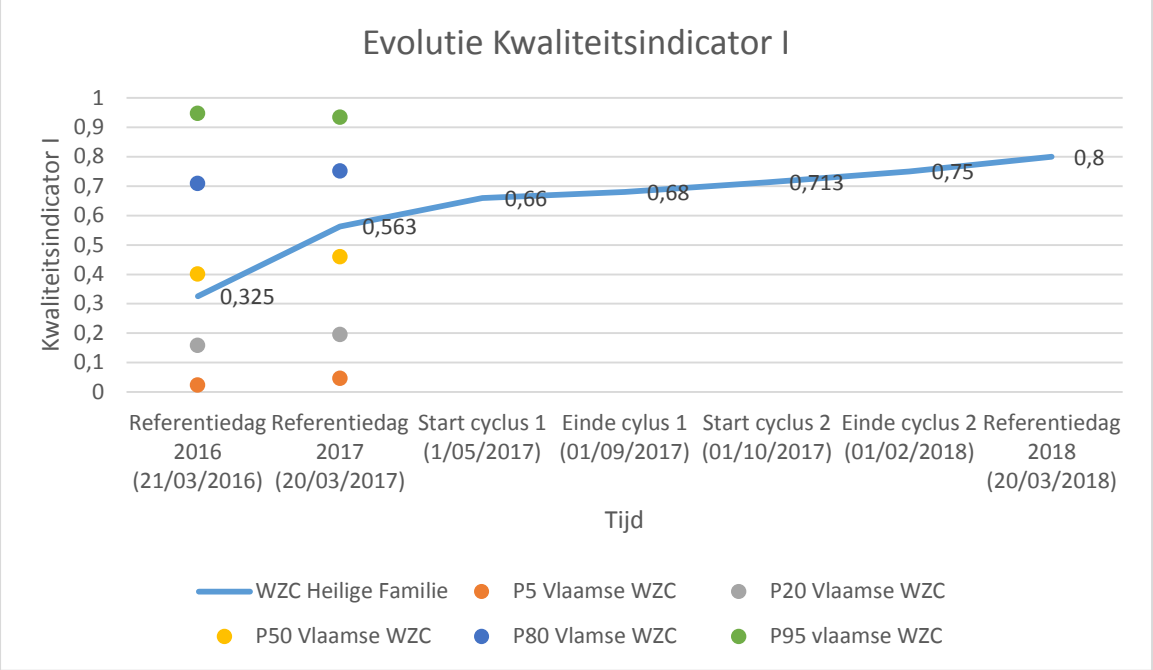
4.2 Resultaatsindicator:

Aantal bewoners met en plan voor de zorg rond het levenseinde, in overeenstemming met de wensen van de bewoner.

I= _____ x100

Aantal aanwezige bewoners

De resultaatsindicator, kwaliteitsindicator I zoals hierboven beschreven, werd uitgezet in onderstaande grafiek:



4.3 Structuurindicator:

Onderstaande gegevens zijn gemiddelden van vragenlijsten die werden afgenomen bij de drie adjunct-verpleegkundigen. Hieronder (*cfr. 5.1 Interpretaties*) wordt duidelijk waarom dit geen exacte cijfers zijn.

Bij adjunct-verpleegkundigen:

Voor de start van het project:		/
Na cyclus 1:	VZP-gesprekken:	Wilsbekwame bewoner: 2 x 10 minuten + 1x 15 minuten
		Wilsonbekwame bewoner: 2x 5 minuten
	VZP-overleg:	60 minuten

Communicatie VZP naar huisarts als niet aanwezig: 5 minuten

Na cyclus 2: VZP-gesprekken: Wilsbekwame bewoner: 2 x 10 minuten + 1x 15 minuten

Wilsonbekwame bewoner: 2x 5 minuten

VZP- overleg: 30 minuten (+ 10 minuten als huisarts aanwezig)

Communicatie VZP naar huisarts als niet aanwezig: 5 minuten

Bij huisartsen:

Voor de start van het project: /

Na cyclus 1 VZP-overleg: 60 minuten

Communicatie met huisarts (indien niet aanwezig): 5 minuten

Na cyclus 2 VZP- overleg: 40 minuten

Communicatie met huisarts (indien niet aanwezig): 5 minuten

+ Vanaf de start van het project:

Multidisciplinair overleg: 15 minuten per bewoner/ jaar

+ 5 minuten wanneer nieuwe VZP opgesteld werd

Infonamiddag: 105 minuten

5. DISCUSSIE

5.1 Interpretaties

- Procesindicator

De focusgesprekken waren een bevestiging van wat in de literatuur beschreven werd. Alle partijen zijn tevreden met het opgestelde beleid waarmee het WZC zal verder werken in de toekomst. Het opstellen van een VZP verminderd gevoelens van stress en angst bij bewoners en hun familieleden. De verpleegkundigen geven aan dat het hebben van een VZP de zorg aan het levenseinde van de bewoner beter maakt omdat de wensen van de bewoner beter gekend zijn. Ze vinden het huidige beleidsdocument een handig en volledig instrument. Ook huisartsen geven aan dat het veel efficiënter werkt wanneer er op momenten van wilsonbekwaamheid een VZP is. Als de bewoner wel nog wilsbekwaam is faciliteert het eerder gevoerde gesprek de communicatie omtrent de zorg. Het valt op dat de ondervraagde nieuwe bewoners de aanwezigheid van de huisarts als een meerwaarde aanzien terwijl bewoners die al een langere tijd in het WZC verblijven dit niet aangeven. Daar het de bedoeling is

dat op termijn alle huidige bewoners een VZP zullen hebben en enkel VZP –overleggen plaatsvinden bij nieuwe bewoners, behouden we het advies de huisarts uit te nodigen voor dit overleg. Bij een herziening wordt gevraagd aan de bewoner of hij/zij de aanwezigheid van de huisarts wenst.

We dienen bij de interpretatie van deze indicator evenwel te wijzen op een aantal moeilijkheden die werden ondervonden bij het organiseren en uitvoeren van (focus-)gesprekken. Enerzijds ben ik niet vertrouwd met het voeren van deze gesprekken. Anderzijds werkten we ook met specifieke groepen. De verpleegkundigen kennen alle bewoners waardoor er snel voorbeelden werden gegeven bij naam, zonder dat dit de bedoeling was. De werkdruk in de HAP zorgde ervoor dat de werkdruk bij de artsen hoog lag en dat er moeilijk tijd vrij kon gemaakt worden voor het deelnemen aan de gesprekken. Vele familieleden kenden elkaar. Al snel ging het over de inhoud van de VZP. Ook dit was niet echt de bedoeling. De bewoners zelf hebben vaak cognitieve- gehoor- of visusproblemen wat communicatie moeilijk maakt. De VZP-overleggen zelf kon ik o.w.v. ethische redenen niet bijwonen indien het geen patiënten waren van onze HAP. Hierdoor was het soms moeilijk zelf in te schatten wat wanneer besproken was.

- Resultaatindicator

Het aantal VZP ging sterk vooruit. In absoluut aantal gingen we van 53/80 op de startdag van cyclus 1 naar 64/80 (einde project). Hierbij dient echter wel opgemerkt te worden dat er tijdens deze periode ook stergevallen waren met/ zonder een VZP. Hiervoor kwam een andere bewoner in de plaats ondertussen met/ nog zonder een VZP. Er wordt tevens opgemerkt dat het aantal bewoners met een up-to-date-plan zorg rond het levenseinde reeds steeg bij het idee van een praktijkverbeterend project over VZP (op 20/3/2017 waren er slechts 45/80). Verpleegkundigen gaven toe, elk op eigen initiatief een tandje bijgezet te hebben vanaf ze hoorden over het project. Ze stelden meer VZP op tijdens de laatste maanden voor de start van het project dan voordien. Dit, met de vroegere documenten VZP. Na het duidelijk worden van dit fenomeen werd snel een eerste vergadering georganiseerd met de verpleegkundigen waarin duidelijk uitgelegd werd hoe het project gefaseerd zou verlopen. Wat ook belangrijk is om te vermelden is dat het grootste deel van de bewoners met een plan rond het levenseinde voor de start van het project, een herziening kregen met het huidige document en volgens het nieuwe beleidsprotocol. De indicator maakt geen vermelding van de vorm van de documenten. Op het einde van cyclus 2 waren er 60/80 bewoners met een VZP. Er werd via de focusgesprekken (procesindicator) nagevraagd hoe het kwam dat er nog 20/80 waren zonder plan rond het levenseinde. Bij de cijfers (zie criteria van Vlaamse overheid) mogen in principe ook gevallen worden opgenomen van bewoners die niet wensen te spreken over hun zorg rondom het levenseinde. Echter, dit gebeurde niet tijdens de cyclussen. Verpleegkundigen vonden dit moeilijk om zo te noteren omdat het immers nooit een zwart-wit verhaal is. Vaak wordt niet letterlijk gezegd dat bewoners er niet over willen praten maar wordt er eerder om uitstel gevraagd. Alle 64/80 bewoners hebben dus effectief een zorgplanning en niemand heeft de vermelding dat hij/ zij ‘er niet over wil spreken met een zorgverlener’.

- Structuurindicator

Verpleegkundigen:

Zoals u verder kunt lezen in de interpretatie van deze structuurindicator werd de tijd die VZP vergt niet nauwkeurig bijgehouden. Het heeft geen zin om de verkregen geschatte resultaten in een grafiek weer te geven. Dit geeft ook weer dat verpleegkundigen hun prioriteiten hebben gelegd bij communiceren en niet bij chronometreren. Het huidige personeelstekort in de zorg geeft ook de nood weer aan goede verpleegkundigen die kunnen multitasken. Tijdens de dagelijkse verpleegmomenten kwam het thema VZP meermaals aan bod. Tevens merkten ze op dat ze van sommige bewoners al wisten hoe hij/ zij dacht omtrent zorg rondom het levenseinde. Dit nam niet weg dat dit idee goed moest afgetoetst worden met het huidige idee van de bewoner.

Zoals u kunt zien bij resultaten bleef de respons op het eerste vragenformulier (voor de opstart) uit. Verpleegkundigen gaven allen aan dat ze het moeilijk vonden een schatting te maken van de tijdsinvestering in VZP. Aangezien vooraf slechts een zorgplanning werd gemaakt bij verandering in de gezondheidstoestand, verliep dit volgens de verpleegkundigen vrij snel met een ruwe schatting van 30 minuten. Er werden bijna uitsluitend zorgplanningen opgesteld met negatieve wilsverklaringen, wat ook een stuk compacter was dan het huidige document. Tijdens de verzorging of verpleegmomenten werd gepraat over dit onderwerp en vaak werden er voor het weekend, met de bewoner zelf, nog beleidsdocumenten opgemaakt om te voorkomen dat er zich tijdens de wachtdiensturen een probleem zou stellen.

Na de eerste cyclus werd meer respons verkregen. Er werd immers afgesproken om de geïnvesteerde tijd te noteren aan de achterkant van het beleidsdocument, zodoende ze dit konden herbekijken. Er werd gezien dat er een verschil bestaat in tijdsinvestering tussen de verschillende afdelingen. De adjunct-verpleegkundige op de afdeling dementie verklaarde dit als volgt: op de afdeling dementie worden geen VZP-gesprekken gepland met de bewoner. Er wordt een VZP-overleg gepland met familie en in de tijd hiervoor tracht de adjunct-verpleegkundige zo veel mogelijk signalen op te vangen in kleine gesprekken met de bewoner (op een ‘helder’ moment). De verpleegkundigen gaven aan dat het zeer moeilijk is om genoeg tijd vrij te maken bij dementerenden om een goede VZP op te stellen. Wilsbekwaamheid is een fluctuerend gegeven. Gesprekken zijn dus niet te plannen. Gemiddeld komt het uiteindelijk tot twee gesprekken van 5 minuten over VZP, voorafgaand aan het overleg. Ook deze tijd is een schatting. Het VZP-overleg (met familie er bij) duurde gemiddeld 60 minuten.

Bij navraag na cyclus 2 bleken er toch grote verschillen te zijn opgetreden met de vorige vragenlijst. De tijd die verpleegkundigen nodig hadden voor het voeren van een VZP-overleg waarbij de VZP werd opgesteld, was aanzienlijk korter. De adjunct-verpleegkundigen gaven zelf aan dat het vlotter gaat nu ze het beleidsdocument goed kennen. Een andere reden die wordt aangegeven is de vlottere samenwerking met huisartsen. Sommige huisartsen maakten duidelijk tijdens cyclus 1 dat het opstellen van de vroegtijdige zorgplanning volledig mag gebeuren door de verpleegkundige en dat ze achteraf op de hoogte willen worden gebracht. Tijdens cyclus 1 was dit voor de huisartsen toch nog wat onwennig waardoor dit soms tot discussie leidde of vertraging opleverde. Verpleegkundigen geven aan dat een

VZP-overleg gemiddeld 10 minuten langer duurt wanneer de huisarts aanwezig is (ook al neemt deze een passieve rol aan). De verpleegkundigen merkten tevens op dat het vooral heel tijdrovend was een afspraak vast te leggen met de huisarts erbij. Vaak werden afspraken laattijdig nog verschoven en moest de familie opnieuw afgebeld worden.

Huisartsen:

Bij het navragen van de tijd die huisartsen investeren in het opmaken van een VZP zien we ook zeer grote verschillen. Voor de opstart van het project werden er nauwelijks VZP opgesteld met huisartsen bij. Deze werden achteraf ingelicht. Tijdens het project werden grote verschillen gemerkt tussen de huisartsen. Sommige artsen waren nooit bij een VZP-overleg en werden nadien ingelicht (5 minuten). Anderen waren steeds aanwezig tijdens het overleg (60 minuten). De verpleegkundigen namen meestal het woord bij de begeleiding van het overleg en artsen namen een passieve rol aan. Doch willen een aantal huisartsen hier een actievere rol in spelen en leiden ze zelf het overleg.

Infonamiddag:

De infonamiddag op zich werd de voorbije 2 jaar door mezelf gegeven, vanaf volgend jaar zal de referentieverpleegkundige in palliatieve zorg dit overnemen. De voorbereiding hiervan en presentatie hiervan blijven ter beschikking van het WZC. Er zijn tevens video-opnames gemaakt van de namiddagen. De infomiddag zelf duurde gemiddeld 105 minuten met een pauze van 30 min waarin de adjunct-verpleegkundigen rondgingen in de zaal om vragen te verzamelen die in het tweede deel werden beantwoord. Verpleegkundigen gaven aan dat er een groot verschil te merken was tussen familieleden die naar de infonamiddag waren geweest en families die nog niet gesproken hadden over zorg bij het levenseinde. Familieleden die niet aanwezig waren op de infonamiddag hadden veel extra achtergrondinformatie nodig vooraleer kon over gegaan worden naar keuzes van de bewoner zelf. De infonamiddag zal dus geïmplementeerd blijven in de toekomst.

Multidisciplinair overleg

Multidisciplinair overleg werd sowieso al gehouden over elke bewoner om de 12 maanden, sinds de start van het project gebeurt dit a.d.h.v. de VZP van de bewoner en duurt dit zo'n 15 minuten. Voor cyclus 1 werden de huisartsen nooit uitgenodigd voor dit overleg. Sinds cyclus 1 was dit wel het geval. Bij elk multidisciplinair overleg worden alle nieuw opgestelde VZP overlopen zodoende kan iedere discipline de zorgdoelen vertalen naar zorgdoelen binnen zijn/ haar domein. Dit vraagt ongeveer 5 minuten per bewoner met een nieuwe VZP.

5.2 Voor- en nadelen van aanpassingen

Nieuwe document VZP

Alle betrokken partijen zijn het er over eens dat het beleidsdocument op het einde van het project veel volledediger is dan de oorspronkelijke documenten. Er werd op voorhand goed nagedacht over wat er moest instaan en ook alle uitzonderingen (wilsonbekwaamheid/ bewoner onder bewindvoering/

bewoner die niet in demogelijkheid is om te schrijven) werden opgenomen. Op die manier kan men bij iedere bewoner hetzelfde document gebruiken en gaat geen tijd verloren aan zoekwerk. Tevens is het een overzichtelijk document waarbij men op de eerste pagina in één oogopslag kan zien wat er in de VZP staat.

DNR-codering

Er werd voor de aanvang van het project flink gediscussieerd over het al dan niet opnemen van de DNR-codering in het beleidsdocument. Uiteindelijk werd besloten deze weg te laten bij de start van het project en alleen te kiezen voor zorgdoelen om verwarring te vermijden. Op die manier was er een duidelijk verschil tussen beleid in het WZC, waarbij er bewust, na een communicatieproces een zorgdoel vooropgesteld wordt en het beleid binnen het ziekenhuis. Deze beslissing is genomen met alle betrokken partijen (CRA-arts, directie, referentieverpleegkundige in palliatieve zorg, adjunct-verpleegkundigen, promotoren). Echter, na het doorlopen van twee cyclussen werd duidelijk aangegeven door de huisartsen dat de DNR-codering ontbreekt. De inspanningen die hier werden gedaan om een kwalitatieve zorgplanning op te stellen werden soms niet bekeken in het ziekenhuis. Bewoners kregen daar soms een DNR-codering, niet overeenkomend met de zorgplanning.

Behandelingsdoelen:

De beleidspapieren werden opgemaakt inclusief behandelingsdoelen. Er werd uitgebreid besproken of dit moest aangevuld worden met een negatieve wilsverklaring. Er was immers schrik dat dit tot verwarring ging leiden. Echter, een negatieve wilsverklaring is het enige wat wettelijk bindend is. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat het een handig instrument is in de communicatie. Het is concreter dan de zorgdoelen. Er werd dan ook beslist het mee op te nemen in de formulieren. Ook na het doorlopen van de cyclussen zijn alle betrokkenen ervan overtuigd dat dit behouden moet worden.

Schenking van het lichaam aan de wetenschap en orgaandonatie

Verpleegkundigen gaven reeds na het doorlopen van de eerste cyclus aan dat ze dit een moeilijk onderwerp vonden. Het lokte veel vragen uit bij de bewoners en mensen lagen er soms letterlijk van wakker. Het kon niet de bedoeling zijn van mensen te choqueren op het einde van dit gesprek. We besloten gezamenlijk het blad toch in het beleidsdocument te laten zitten zodoende dat bewoners die er specifieke vragen over hadden dit hier konden laten neerschrijven. In een tweede cyclus zou het door de verpleegkundigen niet actief meer besproken worden. Dit bleek een goede beslissing te zijn.

Aandacht voor VZP

Wat tevens positief werd ervaren en duidelijk naar voor kwam bij het evalueren van de procesindicator is de aandacht voor het bestaan van een vroegtijdige zorgplanning. De infonamiddag die jaarlijks zal gegeven worden werd goed onthaalt bij familieleden en andere naast(n). Het thema planning van zorg rond het levenseinde kreeg heel wat aandacht. De voorzet om te praten over dit onderwerp was gegeven. Op zich was dit goed, ware het niet dat de huisartsen de vraag van patiënten om te praten over het levenseinde tijdelijk niet aan konden en zij er zelf niet altijd ervaring in hadden. Vele mensen die waren komen luisteren (samen met een bewoner) wilden ook zelf een zorgplanning, of vroegen het voor andere bejaarden die niet in het WZC verbleven. Dit maakte echter geen deel uit van het project. Om de huisartsen tegemoet te komen paste ik het beleidsdocument aan zodoende dit ook kon gebruikt worden in de huisartsenpraktijk voor ambulante patiënten.

Gebruik van beelden ter ondersteuning gesprek

De verpleegkundigen gaven meermaals aan dat het voeren van VZP-gesprekken bij dementerenden een moeilijke opdracht blijft. Iedereen is het er over eens dat bij beginnende dementie zeker een VZP moet worden opgesteld. Echter, bij de start van het project was er een grote groep bewoners met een vergevorderde dementie. Tevens zien we dat ook heel wat nieuwe bewoners reeds dementie hebben wanneer ze verhuizen naar het WZC. Maximale participatie bekomen van de bewoner was geen eenvoudige opdracht. Op een bijscholing werd een project voorgesteld waarbij een app gebruikt wordt ter ondersteuning van het gesprek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van foto's als gespreksopener. Tot op heden werd dit niet geprobeerd wegens tijdsgebrek maar dit kan zeker overwogen worden in de toekomst. Tot op heden zijn de adjunct-verpleegkundigen er kritisch over: is dit niet suggestief? Vormt dit echt een meerwaarde? Ook in andere WZC zal de komende tijd meer onderzoek moeten gebeuren om de meerwaarde te bevestigen.

5.3 Implementatie van aanpassingen

Na de laatste evaluatie werd nog een laatste aanpassing gemaakt aan het beleidsprotocol (versie 5) en het beleidsdocument (versie 7). Het is met deze documenten dat WZC Heilige Familie te Kiedrecht voortaan zal werken. Dit kan echter opnieuw bijgesteld worden wanneer nodig. Na dit project komt de verantwoordelijkheid over palliatieve zorg terug bij de referentieverpleegkundige in palliatieve zorg en de CRA –arts te liggen. Zij werden gedurende dit project voortdurend betrokken.

5.4 Evaluatie

De PDC(S)A cyclus werd, na een proefcyclus, twee keer doorlopen zoals op voorhand gepland. Als we de drie indicatoren beschouwen kunnen we echt spreken van kwaliteitsverbetering. Echter, we dienen nogmaals te benadrukken dat dit het geval is in deze specifieke populatie. De PLAN en STUDY/ CHECK fase verliepen vlot. Communicatie met alle betrokken partijen in en buiten het ZWC was hierbij heel belangrijk. Palliatieve zorg stond bovenaan mijn leeragenda. Ik trachtte zo veel mogelijk deel te nemen aan de VZP-overleggen van bewoners die patiënt waren in HAP De Kouter. Een aantal bewoners begeleidde ik zowel bij het opstellen van de VZP als in de laatste levensfase waarbij we de planning van de zorg naleefden. Op die manier stond ik ook middenin de DO- en ACT-fases. De samenwerking met de verschillende actoren in het WZC maakte van dit project iets heel leerrijk. Op communicatief gebied vormde dit meermaals een uitdaging. Dit praktijkverbeterend project was een echte oefening in management binnen de gezondheidszorg.

6. BESLUIT

We kunnen stellen dat onze doelstelling bereikt is. Alle partijen zijn er, na het beschouwen van de indicatoren, op 20 maart 2018 (eindevaluatie) van overtuigd dat er kwaliteitsverbetering is door in WZC Heilige Familie te Kieldrecht een nieuw beleidsprotocol 'vroegtijdige zorgplanning' op te stellen. Door dit nieuwe beleid krijgt iedere permanente bewoner de kans een VZP op te maken. We zijn er in geslaagd bij 80% (64/80) van de huidige bewoners een vroegtijdige zorgplanning op te stellen met duidelijke zorgdoelen. Dit lijkt contrasterend met de titel 'bij alle bewoners van het WZC'. Echter, het werd bij iedereen voorgesteld maar bewoners kunnen niet geforceerd worden om binnen een bepaalde tijd een VZP op te stellen.

Voornamelijk het tijdig plannen van de zorg, voor er gezondheidsproblemen ontstaan, blijft een uitdaging voor de toekomst. Idealiter is de VZP er uiteraard al voor de verhuis naar een WZC. Op dit moment wordt je immers geen bewoner van een WZC zonder gezondheidsproblemen. De verhuis naar een WZC is ook al planning van de zorg. Er wordt gehoopt dat infonamiddagen voor familieleden en personeel ook de volgende generatie kunnen informeren en inspireren voor het opmaken van een zorgplanning. De taboesfeer moet doorbroken worden en plaats maken voor open communicatie. Ook bij dementerenden is het uiterst belangrijk zo snel mogelijk een zorgplanning op te maken, en niet pas in een gevorderd stadium. Tot zolang vormt het een blijvende uitdaging om te zoeken naar tools die het communicatieproces omtrent VZP kunnen verbeteren bij fluctuerende wilsbekwaamheid. Deze zoektocht naar verbetering mag niet stilstaan na het afronden van deze masterscriptie.

Zoals afgesproken bij het begin van dit project wordt de verantwoordelijkheid over VZP terug doorgegeven aan de CRA-arts van dit WZC (mijn praktijkopleider) en de hoofdverpleegkundige. Zij stonden mij, met al hun ervaring, ook heel goed bij tijdens het project. Aangezien dit een praktijkverbeterend project was staat voorop dat dit kan blijven evalueren.

7. DANKWOORD

Deze thesis kon slechts tot stand komen dankzij de hulp en steun van verschillende mensen.

Ik wil dan ook mijn bijzondere dank betuigen aan Marc Permentier, de hoofdverpleegkundige van WZC Heilige familie. Hij was voor mij een grote steun en het allesziende oog op de werkvloer. Met al zijn ervaring in palliatieve zorg was dit de gepaste persoon om de praktische zijde van dit project mee te begeleiden. Zijn passie voor het vak geeft me het nodige vertrouwen dat deze praktijkverbetering zal blijven evalueren en niet stopt na het indienen van deze scriptie.

Hiernaast gaat ook grote dank naar de directie van het WZC en de verpleegkundigen Sabina de Vogelaere, Carine Van Laere, Kristien Cappaert en Priscilla De Kever die in de uitvoeringsprocedure van het beleid VZP onmisbaar zijn. Het was dag na dag een aangename samenwerking!

Mijn twee promotoren Prof. Dr. Johan Wens en dr. Sibyl Anthierens dank ik voor hun kritische blik en begeleiding bij het neerschrijven van deze masterproef. Dit werd een aangename en leerrijke samenwerking.

Uiteraard richt ik ook een woordje van dank aan mijn praktijkopleider Dr. Arnaud Van Laere voor het creëren van een opleidingsplaats waarbij ook palliatieve zorg een plaats kreeg op mijn leeragenda. Ik kreeg de kans om zaken als symptoombeleid bij de laatste levensfase, palliatieve sedatie en euthanasie toe te passen d.m.v. zijn steun, hulp en vooral constante bereikbaarheid.

Als laatste wil ik graag mijn ouders en partner bedanken voor hun bemoedigende woorden en hun onvoorwaardelijke steun tijdens mijn gehele studietraject, maar de voorbije twee jaar in het bijzonder.

8. REFERENTIES

1. Anthierens A. Hoe een kwaliteitsverbeterproject opstarten?. 27 januari 2017
2. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. www.pallialine.be.
3. Stewart F, Goddard C, Schiff R, Hall S. Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. Age and Ageing 2011; 40: 330–335
4. Vandervoort A, Houttekier D, Vander Stichele R, van der Steen JT, Van den Block L (2014) Quality of Dying in Nursing Home Residents Dying with Dementia: Does Advanced Care Planning Matter? A Nationwide Postmortem Study. PLoS ONE 9(3): e91130. doi:10.1371/journal.pone.0091130
5. Albers G, Piers R, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, Dillen L, Vanden Berghe P, Van den Block L. Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie – een richtlijn. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, Pallialine; 28 Mei 2016.
6. Spruytte N, Sevenants A, Van Audenhove C. Vlaams Indicatorenproject woonzorgcentra: handleiding versie 1.7.1 / 11.02.2016
7. Strubbe W.Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra: inhoud en communicatie van het beleid in Oost-Vlaanderen, 2014
8. Palliatief netwerk De Mantel. Draaiboek voor implementatie in WZC. Versie 2011
9. Raes A. VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOON- EN ZORGCENTRA: literatuuronderzoek, modelontwikkeling en implementatie. 2010
10. Stulens J. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum: een analyse. 2014
11. Verstraete T. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum.2016
12. Institute for Healthcare Improvement. April 2018. URL: http://www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx (24 april 2018)

9. BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd Protocol door ethisch comité

PROTOCOL ETHISCH COMITE: versie 3 dd. 1/03/2017

1. INLEIDING

Volgens Model For Improvement (IHI) wordt een praktijkverbeterend project opgestart. Er wordt getracht een vroegtijdige zorgplanning op te stellen bij alle permanente bewoners van WZC Heilige Familie te Kieldrecht.

1.1 Wat is een praktijkverbeterend project?

In een praktijkverbeterend project willen we werken aan de kwaliteit van de zorg. Volgende principes worden hierbij gevolgd om tot succes te komen (Berwick 1992):
-Bereidheid om continu te verbeteren
-Een gemeenschappelijke visie en definitie hebben over wat 'goede kwaliteit' is en welk niveau men wil bereiken
-Systeem opzetten om kwaliteit te meten
-Het resultaat is ook afhankelijk van het werk van alle 'spelers' en dit beïnvloedt elkaar
- Bewust zijn van het systeem waar binnen men werkt en hoe dit systeem kwaliteit beïnvloedt
-Kwaliteitsverbetering is een vorm van continu ervaringsgericht leren
-Rekening houden met kosten en bekijken hoe en waar men efficiënter kan omgaan met de middelen
-Leiderschap opnemen om binnen de praktijk steeds beter te worden in kwaliteit
We proberen met dit praktijkverbterend project te werken op verschillende dimensies van kwaliteit (IOM): veilig, effectief, efficiënt, tijdig, continuïteit, gelijkwaardig zorg, patiënt centraal en geïntegreerd. De methodologie die zal worden gebruikt is 'Model for Improvement' (IHI). Verder in dit protocol wordt hier meer aandacht aan besteed.

1.2 Wat is een vroegtijdige zorgplanning (VZP)?

Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverleners(s) waarbij uiteindelijke toekomstige zorgdoelen besproken worden en gepland kunnen worden. Doel van dit proces is het expliceren van de waarden en voorkeuren van de patiënt voor zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvorming te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

Concreet wordt er gesproken met de persoon in kwestie, de zorgverleners en de familie over de gewenste richting van de zorg bij het levenseinde. Een VZP stelt iemand in staat om zijn wensen in verband met toekomstige zorg kenbaar te maken. Idealiter wordt dit besproken alvorens zich acute problemen stellen. Deze wensen worden vastgelegd op papier, zodoende deze duidelijk zijn op het moment dat de persoon het zelf niet duidelijk kan maken (wilsonbekwaamheid). Op die manier vooromen we dat zware beslissingen omtrent de zorg nabij het levenseinde bij de naaste(n) komen te liggen.

Volgende zaken kunnen worden opgenomen in een vroegtijdige zorgplanning: het aanstellen van een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, het opstellen van zorgdoelen, een negatieve wilsverklaring, positieve wilsverklaring euthanasie, orgaandonatie, schenking van het lichaam aan de wetenschap en wijze van teraardebestelling.

Vroegtijdige zorgplanning heeft evenwel niet de bedoeling beslissingen eenzijdig door te schuiven naar patiënten, of hen te blijven uitnodigen voor overleg als zij daar uitdrukkelijk niet wensen op in te gaan. Het is immers belangrijk te erkennen dat een aantal patiënten dit soort gesprekken in het geheel niet wensen te voeren, omdat zij alle vertrouwen hebben in hun zorgverlener(s), familie en omgeving. Het is wel de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om behandelingsvoorstellen zo duidelijk als mogelijk uit te leggen zodat de patiënt deze kan begrijpen en kan aangeven of en hoe hij daarmee verder wil gaan. Het komt erop aan tijdig en op gepaste tijdstippen na te gaan of het hierbij om daadwerkelijk vertrouwen gaat, dan wel om nog op te heffen barrières voor vroegtijdige zorgplanning, zowel vanwege de patiënt, als vanwege de zorgverlener (vaardigheid, tijdsgebrek, …).

2. RELEVANTIE VAN HET PROJECT

2.1 Relevantie voor mezelf als zorgverlener (arts)

Al snel in mijn opleiding werd duidelijk dat kwaliteitsvolle zorg niet voor elke patiënt hetzelfde betekent. Momenteel zijn er veel behandelingen en ingrepen mogelijk, meer dan vroeger : kunstmatige voeding, experimentele chemotherapie... Vele behandelingen hiervan zijn levensverlengend eerder dan genezend. Sommige mensen willen dit graag, anderen liever niet. Zolang de patiënt zelf goed kan uitdrukken wat hij wil kun je de patiënt informeren en hem zodoende een geïnformeerde beslissing laten maken omtrent levensverlengende therapieën. Indien de patiënt hier niet meer toe in staat is, stelt dit jouw voor een probleem. Er komt een grote taak bij de naaste(n) te liggen die ook niet steeds weten wat de patiënt zou gewild hebben. In geval van een wachtdienst is dit vaak nog moeilijker. Je kent de patiënt niet. Indien de wensen betreffende de zorg duidelijk beschreven staan in een vroegtijdige zogplanning kunnen we dit volgen op het moment dat dit niet kan overlegd worden met de patiënt zelf. Dit maakt beslissingen nemen als arts een stuk eenvoudiger.
Naast werken aan kwaliteit van de zorg voor de patiënt wil ik gedurende dit project ook mijn eigen kennis over palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning vergroten. Ik volg gedurende mijn eerste jaar als HAIO de opleiding palliatieve zorg en de opleiding wilsbeschikking die georganiseerd worden door het ICHO. Ik zal onder begeleiding van mijn praktijkopleider, tevens CRA-arts van het WZC, VZP-gesprekken leren voeren. Dit, bij de eigen patiënten uit de praktijk waar ik HAIO ben. Mijn praktijkopleider heeft heel wat ervaring in de palliatieve zorg en volgt gedurende mijn eerste jaar als HAIO de extra opleiding palliatieve zorg. Zoals te zien in het protocol voor het WZC (in bijlage) wordt gevraagd aan de eigen huisarts om bij het VZP-gesprek aanwezig te zijn. Het is ethisch niet verantwoord dat ik de gesprekken bij iedere patiënt zelf zou bijwonen. We proberen te werken aan een duurzaam project van kwaliteitsverbetering dat ook, na mijn HAIO-periode, verder kan lopen.
Ik leer gedurende dit project ook kwaliteitsverbeterprojecten opstellen en coördineren volgens Model For Improvement (IHI) . Iets wat ik later, na mijn HAIO, periode hopelijk nog veel kan herhalen ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. De opbouw van dit project wordt verder in de protocol uitgebreid beschreven. Ik zal gedurende mijn 2 jaren als HAIO, dit project uitwerken, initiëren, begeleiden, coördineren, toekijken op de communicatie tussen verschillende partijen, en het proces en resultaten verwerken in mijn masterscriptie. Er wordt een logboek bijgehouden van de activiteit.

2.2 Relevantie voor de bewoners van het WZC

Uit de literatuur blijkt dat verschillende sleutelpunten een aanleiding kunnen zijn om een VZP-gesprek te starten. Een opname in een woonzorgcentrum is hier één van. In tegenstelling tot wat velen vrezen, is ondertussen beschreven in de literatuur dat het voeren van VZP-gesprekken zelden negatieve invloed heeft op patiëntgebonden affectieve uitkomstmaten. Patiënten ervaren geen toegenomen angst na het voeren van dergelijk gesprek, noch zijn ze minder tevreden over de geboden zorg. Bovenal zijn er degelijke aanwijzingen dat VZP de tevredenheid over de geleverde zorg kan verbeteren en dat VZP gevoelens van stress, angst en depressie kan verminderen zowel bij patiënten als familieleden. VZP kan de vertegenwoordiger helpen om zowel de doelstellingen van de toekomstige medische zorg als de wensen van de patiënt beter te begrijpen en/of nauwkeuriger in te schatten. Bovendien kan VZP de zorg aan het levenseinde verbeteren omdat de wensen van de patiënt beter gekend zijn en gevolgd worden, zoals de gewenste plaats van overlijden. Patiënten goed informeren over VZP (liefst gecombineerd: schriftelijk en mondeling) resulteert daarbij in een toename van het aantal geschreven wilsverklaringen door de patiënt en een toename van de gedocumenteerde zorgvoorkeuren in het dossier.
Het vroegtijdig starten van palliatieve zorg met speciale aandacht voor zorgplanning vermindert het aantal belastende behandelingen aan het levenseinde. Hierbij aansluitend is het belangrijk erop te wijzen dat VZP geen invloed heeft op de mortaliteit. Patiënten die aan het levenseinde minder behandelingen ondergaan die nog ingrijpend zijn (chemotherapie, transfers, …), overlijden daarom niet sneller. Het vroegtijdig starten van palliatieve zorg met speciale aandacht voor zorgplanning zou de overleving zelfs kunnen verbeteren.
Het concept vroegtijdige zorgplanning getuigt van groeiende aandacht voor de autonomie van de patiënt als belangrijke waarde in het medisch handelen, naast andere waarden als verantwoordelijkheid, vertrouwen, rechtvaardigheid, of concepten als patiëntgerichte zorg, gedeelde besluitvorming en continuïteit van zorg. De autonomie van de patiënt is tevens een centrale waarde in de Belgische wet betreffende de rechten van de patiënt. In die zin kan aandacht voor vroegtijdige zorgplanning op elk moment in de zorgrelatie een meerwaarde bieden, en niet enkel naar het levenseinde toe.
Onderzoek toont aan dat ongeveer twee derde van de patiënten levensverlengende (be)handelingen wenst te bespreken met zijn arts of reeds nadacht over het aanduiden van een vertegenwoordiger. Slechts weinigen voegden de daad reeds bij het woord omdat ze verwachten dat hun arts het initiatief neemt. Veel zorgverleners blijken eveneens positief te staan tegenover het proces van VZP maar weinigen voeren effectief VZP-gesprekken.

2.3 Relevantie voor de maatschappij

De huidige literatuur stelt dat VZP het hospitalisatierisico en de verblijfsduur in het ziekenhuis alsook de hospitalisatiekosten en gezondheidsuitgaven kan beperken. Er is echter meer onderzoek nodig om dit te bevestigen.

2.4 Relevantie voor het WZC Heilige Familie te Kieldrecht

In de eerste plaats wordt met dit project getracht om de kwaliteit van de zorg binnen dit WZC te verbeteren. Hiernaast hoopt men door dit project beter te scoren op kwaliteitsindicator I (plan voor de zorg rond het levenseinde). Dit kadert in het Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra. Deze indicatoren volgen we op gedurende het project. Momenteel wordt hier een heel stuk minder op gescoord dan in andere WZC. Cijfermateriaal zal worden beschreven in de masterscriptie. De adjunct-verpleegkundigen van het WZC zullen binnen dit project een grote taak krijgen. Ieder van hen heeft ervaring in het voeren van VZP-gesprekken en kreeg hier omtrent al specifieke opleidingen. De

hoofdverpleegkundige van het WZC behaalde het getuigschrift 'Referentieopleiding Verpleegkundige in de palliatieve zorg'. Tijdens het project zal ik regelmatig interviews doen met hen en bijsturen waar nodig (zie methodiek). Het project werd zo opgesteld dat dit binnen twee jaar, na mijn HAIO-periode, verder kan lopen.

3. KEUZE VOOR DIT PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

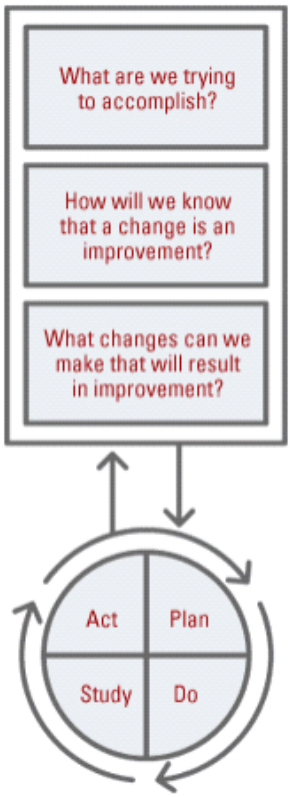
Op 30/09/2017 werd een startmeeting georganiseerd voor een praktijkverbeterend project binnen de huisartsenpraktijk. Hierbij was de CRA-arts aanwezig van het WZC (praktijkopleider). Niet veel later vond een vergadering plaats met de directie en hoofdverpleegkundige van het WZC. In het verleden werden er al heel wat inspanningen gedaan door het woonzorgcentrum om vroegtijdige zorgplanningen op te stellen bij hun bewoners. Doch werd op de startmeeting snel duidelijk dat er, in het hele proces van de vroegtijdige zorgplanning, veel ruimte voor verbetering was. Veel bewoners in het RVT hebben nog geen VZP. Dit werd weerspiegeld in het feit dat het WZC Heilige Familie al jaren minder scoort op kwaliteitsindicator I (plan voor de zorg rond het levenseinde) in vergelijking met andere woonzorgcentra. Tot op heden werd meestal pas een VZP opgemaakt op vraag van de zorgverleners (verpleegkundige of huisarts) wanneer er zich in de nabije toekomst problemen zouden stellen. Niet steeds vroegtijdig dus. Er zijn grote verschillen in het aantal opgestelde vroegtijdige zorgplanningen tussen de verschillende huisartsen die patiënten hebben binnen het WZC. Indien er toch een VZP werd opgesteld worden zorgdoelen niet duidelijk besproken. De huidige formulieren die gebruikt worden leggen de klemtoon op een negatieve wilsverklaring. Na overleg bleken alle betrokken partijen het eens te zijn over het oordeel dat het belangrijker is de zorgdoelen te kennen dan de voorkeuren van de patiënt voor specifieke medische interventies, omdat met name negatieve wilsverklaringen doorgaans niet kunnen anticiperen op alle specifieke klinische omstandigheden die zich zouden kunnen voltrekken in het toekomstige ziekteverloop van een patiënt. Hiernaast waren er nog tal van opmerkingen omtrent het huidige proces. Deze zullen beschreven worden in de masterscriptie. Kortom, er is ruimte voor verbetering.

4. METHODOLOGIE: MODEL FOR IMPROVEMENT

4.1 Algemeen

Model for improvment is een model dat voorgesteld wordt door het institute for Healthcare improvement. Het werd ontwikkeld door ‘associates in proces improvement’ en is een eenvoudig maar krachtige stappenplan om snel verbetering te creëren. Het model werd reeds succesvol gebruikt over de hele wereld bij verschillende kwaliteitsverbeterprojecten in de gezondheidssector.

Het bestaat uit twee delen: drie eenvoudige vragen, gevolgd door de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus voor het testen van de veranderingen in de echte werksituatie. Door deze te doorlopen zien we of we effectief verbetering krijgen door de veranderingen.



Figuur 1: Model For Improvement (IHI)

4.2 in dit praktijkverbeterend project

Bij dit praktijkverbeterend project volgens Model for improvement (IHI) dienen we de drie kernvragen te beantwoorden voor we het project kunnen starten.

1. Wat proberen we te bereiken?

We proberen een vroegtijdige zorgplanning te bekomen bij elke permanente bewoner van het WZC Heilige Familie te Kieldrecht.
Termijn: Eindevaluatie op 20 maart 20178 (referentiedag voor indicator I: Percentage bewoners dat beschikt over een plan voor de zorg rond het levenseinde dat in overeenstemming is met de wensen van de bewoner binnen het WZC).

2. Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?

Verschillende indicatoren worden gebruikt om evolutie na te gaan:
- Procesindicator:
Overlegmomenten met alle betrokkenen (huisartsen, CRA-arts, directie, verpleegkundigen, bewoners).
- Resultaatsindicator:
Kwaliteitsindicator I (Plan voor zorg rond het levenseinde). Hiervoor moet aan volgende 3 criteria voldaan worden:

1. In het WZC is er een voorstel gedaan aan de bewoner om, indien deze dat wenst, een vertegenwoordiger aan te wijzen.

2. De wensen van de bewoner met betrekking tot het levenseinde zijn bevraagd. Dit gebeurt in de eerste plaats in een gesprek met de bewoner zelf. Enkel indien de bewoner zijn wil niet meer kan uitdrukken, worden de wensen m.b.t. levenseinde bevraagd aan de door de bewoner aangewezen vertegenwoordiger of aan de vertegenwoordiger zoals bepaald door het cascadesysteem.

3. Er is een zorgplan opgemaakt op basis van deze bevraagde wensen van de bewoner m.b.t. Het levenseinde.

AANTAL BEWONERS MET EN PLAN VOOR DE ZORG ROND HET LEVENSEINDE, IN OVEREENSTEMMING MET DE WENSEN VAN DE BEWONER.

$$I = \frac{\text{AANTAL BEWONERS MET EN PLAN VOOR DE ZORG ROND HET LEVENSEINDE, IN OVEREENSTEMMING MET DE WENSEN VAN DE BEWONER.}}{\text{AANTAL AANWEZIGE BEWONERS}} \times 100$$

-Structuurindicator:
Tijd die geïnvesteerd wordt door huisartsen en verpleegkundigen in het opstellen van een vroegtijdige zorgplanning en de voorbereiding er van.

3. Welke veranderingen die leiden tot een verbetering kunnen we allemaal uitvoeren ?

Er werd gekeken hoe het 'proces vroegtijdige zorgplanning' verliep binnen het woonzorgcentrum. Samen met de directie, de hoofdverpleegkundigen en de CRA-arts werd overlegd over mogelijke kleine veranderingen en verbeterpunten. Ook de huisartsen met patiënten binnen het WZC worden verzocht hun opmerkingen of ideeën omtrent VZP door te geven voor het project van start gaat. Daarnaast wordt ook gekeken tot in hoeverre de huidige werking afwijkt van de vrij recente richtlijnen 'Vroegtijdige zorgplanning' en 'Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie'.
Richtlijnen:
-Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. Toegankelijk via www.pallialine.be.
-Albers G, Piers R, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, Dillen L, Vanden Berghe P, Van den Block L. Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie – een richtlijn. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, Pallialine; 28 Mei 2016. Toegankelijk via www.pallialine.be.

Deze richtlijnen beogen zorgverleners en gezondheidswerkers met interesse voor VZP te informeren en inspireren. Ze werden geschreven zodoende de gebruiker de richtlijn verder kan aanpassen afhankelijk van zijn eigen discipline en setting, ook rekening houdend met demografische, culturele en instellingsgebonden kenmerken. Dit werd hier dan ook gedaan. De richtlijnen en opmerkingen van op de werkvloer werden gecombineerd in een protocol 'VZP binnen WZC Heilige Familie' dat als leiddraad zal worden gebruikt voor het nieuwe proces van vroegtijdige zorgplanning binnen het WZC. Er werden eveneens nieuwe formulieren vroegtijdige zorgplanning opgesteld. Beide documenten zijn terug te vinden in de bijlage van dit protocol.
Er wordt een overleg georganiseerd met alle verpleegkundigen om, voor het project van start gaat, samen het nieuwe protocol VZP binnen WZC Heilige Familie door te nemen. Eventuele opmerkingen van hen kunnen nog worden aangepast na het overleg. In het nieuwe protocol van het WZC hebben de verpleegkundigen de grootste taak in het proces van VZP. Doch wordt er gevraagd of de huisarts, indien mogelijk, kan aanwezig zijn bij het VZP-gesprek waarbij de formulieren worden ingevuld. Huisartsen met patiënten binnen dit WZC worden op de hoogte gebracht over dit praktijkverbeterend project met een

informerende brief (zie bijlage). Hier worden het nieuwe protocol VZP binnen het WZC en de nieuwe formulieren vroegtijdige zorgplanning binnen het WZC aan toegevoegd. Nadien worden deze huisartsen telefonisch gecontacteerd of bezocht om persoonlijk antwoord te geven op verdere vragen. Gedurende het project kunnen zij steeds contact op nemen met opmerkingen en vragen. Ze zullen eveneens uitgenodigd worden voor evaluatie van het project.
Bewoners met hun naaste(n) en personeelsleden van het WZC worden uitgenodigd voor een infonamiddag. Ik zal hier, met ondersteuning van een powerpoint, uitleg geven over de inhoud van een vroegtijdige zorgplanning. Er wordt tevens uitgelegd hoe het opstellen van een VZP zal verlopen binnen hun WZC. Vragen kunnen hier gesteld worden.

4. PDC(S)A cirkel:

Bij goedkeuring door het ethisch comité zal het project van start gaan en kan de PDCA-cirkel (Plan- Do- Check- Act) minimaal twee keerdoorlopen worden. Gedurende dit hele project wordt een logboek bijgehouden. Dit praktijkverbeterend project zal volgens model for improvement neergeschreven worden in een masterthesis huisartgeneeskunde.

Plan:
-Plan van aanpak per actie: Een protocol VZP werd opgemaakt voor het WZC.
-In dit protocol staat duidelijk beschreven hoe we ons doel proberen te bereiken.
-Indicatoren zullen worden opgevolgd gedurende het project + er wordt een logboek bijgehouden.

Do:
- Het plan zal eerst uitgevoerd worden bij een aantal bewoners die patiënt zijn van de groepspraktijk waar ikzelf HAIO ben. De praktijkopleider van deze huisartsenpraktijk is eveneens de CRA-arts van het woonzorgcentrum.
-Pas in een latere PDC(S)A cyclus wordt het op grotere schaal geïmplementeerd (bij alle permanente bewoners van het WZC).

Study/check:
-Evalueer en meet : Dit zal gebeuren d.m.v. het organiseren van focusgroepen. Deze zullen intern homogeen en extern heterogeen zijn. D.w.z. dat er aparte focusgroepen worden georganiseerd voor de huisartsen met patiënten binnen het WZC naast de focusgroep met de verpleegkundigen die een grote taak hebben binnen het VZP-proces . Er wordt ook getracht een focusgroep te organiseren met een aantal bewoners van het WZC die hieraan vrijwillig willen meewerken om ook hun ervaringen te horen over het proces. Ik zal zelf in alle focusgroepen aanwezig zijn als moderator. Indien deelnemers aan de focusgroepen akkoord gaan met een audio-opname van de focusgroepen wordt alles opgenomen. Achteraf zal van elke focusgroep een verslag worden geschreven. Deze focusgroepen zullen worden georganiseerd op vooraf bepaalde data. Bij dringende problemen of aanpassingen die vereist zijn zal deze uiteraard vroeger doorgaan. Wanneer gegevens verzameld zijn uit deze verschillende focusgroepen worden zij samengelegd en besproken op een vergadering met directie, CRA-arts en hoofdverpleegkundigen van het WZC. Op deze momenten worden ook de indicatoren geëvalueerd. Nieuwe voorstellen worden samengebracht en herwerkt tot een aanpassing van het vroegere protocol VZP indien nodig.

Act:
- We stellen het plan bij: indien nodig worden aanpassingen gedaan aan het protocol VZP van het WZC.

➔ Opnieuw PDC(S)A cyclus doorlopen (meermaals): Implementatie op grotere schaal bij alle permanente bewoners van het WZC.

Achteraf wordt beschreven in de masterscriptie of er inderdaad een verbetering is opgetreden. De evolutie van de indicatoren wordt beschreven, alsook de context wordt goed geschetst. Indien het effect van onze veranderingen tegen valt wordt er beschreven welke aanpassingen er nog zouden kunnen gedaan worden. Nadelen van de nieuwe werkwijze worden beschreven en er wordt gekeken hoe we deze kunnen minimaliseren.

Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Praktijkverbeterend project volgens model for improvement: De implementatie van een vroegtijdige zorgplanning bij alle permanente bewoners van woonzorgcentrum Heilige Familie te Kieldrecht. (manama huisartsgeneeskunde Lisa Welvaert).

Belgisch Registratienummer: B300201732225

datum	ons kenmerk	contact
10/04/2017	17/12/163	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 10/04/2017 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. Welvaert
- Protocol
  - algemeen, versie 3 dd. 01/03/2017
  - WZC, versie 3 dd. 07/02/2017
- Diverse
  - Formulieren VZP, versie 5 dd. 07/03/2017

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

Het Ethisch Comité wenst u erop te wijzen dat een ICF nodig is, indien er individuele patiëntendata worden geregistreerd.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/12/163

datum
10/04/2017

ons kenmerk
17/12/163

contact
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. L. Welvaert, NVT, kerrestraat 56 - 9968 Oosteeklo

Bijlage 3: ICF procesindicator

Informed consent i.v.m. praktijkverbeterend project: De implementatie van een vroegtijdige zorgplanning bij alle permanente bewoners van woonzorgcentrum Heilige Familie te Kieldrecht.

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan gesprekken die gebruikt worden voor de evaluatie van een praktijkverbeterend project. Aangezien het gaat om een praktijkverbeterend project waarbij we werken aan een betere kwaliteit van de zorg zal elk personeelslid, iedere huisarts met patiënten in het WZC en iedere permanente bewoner van het WZC te Kieldrecht hierin participeren. De opdrachtgever (ICHO) en arts-onderzoeker (dr. Lisa Welvaert) hopen dat dit praktijkverbeterend project voordelen biedt voor alle permanente bewoners van het WZC te Kieldrecht. Het deelnemen aan gesprekken ter evaluatie van dit project zal u daarentegen geen rechtstreeks voordeel opleveren.

Het praktijkverbeterend project dat wordt uitgevoerd in WZC Heilige Familie te Kieldrecht in kader van de masterscriptie huisartsgeneeskunde van dr. L. Welvaert heeft als doel een kwaliteitsvol beleid vroegtijdige zorgplanning (VZP) op te stellen voor het WZC. Door het toepassen van dit nieuw beleid is het de bedoeling een VZP op te stellen bij elke permanente bewoner van het WZC.

Voorafgaand aan dit praktijkverbeterend project wordt een literatuuronderzoek gedaan waarbij naar aanbevelingen wordt gezocht omtrent VZP in WZC. O.b.v. de gevonden aanbevelingen wordt een nieuw beleidsprotocol en beleidsdocument VZP opgesteld. Deze kunnen gedurende het project aangepast worden.

Het project start op 1/05/2017 en loopt af op 20/03/2018.
Er worden twee cyclussen doorlopen van vier maanden waarbij volgens het afgesproken protocol wordt gewerkt: 1/05/2017 -1/09/2018 en 1/10/2018 – 1/02/2018. Om te weten of er kwaliteitsverbetering wordt gecreëerd door het nieuwe beleid toe te passen, evalueren we het project na elke cyclus a.d.h.v. enkele indicatoren:

- Als resultaatsindicator worden geen individuele patiëntengegevens gebruikt. Hiervoor werken we met kwaliteitsindicator I, plan rondom het levenseinde, die alle WZC jaarlijks moeten doorgeven aan de overheid en die tevens openbaar wordt gemaakt achteraf. Deze indicator zal ook tussentijds een aantal keer opgevraagd worden bij de directie van het WZC die hiervoor zijn toestemming gaf.

$$I = \frac{\text{Aantal bewoners met en plan voor de zorg rond het levenseinde, in overeenstemming met de wensen van de bewoner.}}{\text{Aantal aanwezige bewoners}} \times 100$$

- De procesindicator geeft ons een idee van hoe het nieuwe beleid loopt en wat de ervaringen zijn bij alle betrokken partijen. Er worden focusgesprekken georganiseerd met verpleegkundigen en huisartsen waarin aan de hand van een aantal stellingen hun ervaringen met het nieuwe beleid worden getoetst. Hierin worden geen individuele patiëntendata gebruikt. Omdat het tevens belangrijk is ook u als bewoner aan het woord te laten over dit project kan u gevraagd worden een gesprek te hebben hierover. Het is niet de bedoeling in te gaan op wat u in deze zorgplanning beslist heeft. Het is evenwel wel belangrijk uw ervaringen te achterhalen met het proces VZP (timing, communicatie…). Dit, a.d.h.v. een aantal stellingen.
Ook een aantal familieleden van u kunnen worden gevraagd een focus-gesprek bij te wonen. Uw toestemming wordt hiervoor gevraagd zodat zij hun mening over het proces VZP bij u als bewoner, kunnen en mogen weergeven.

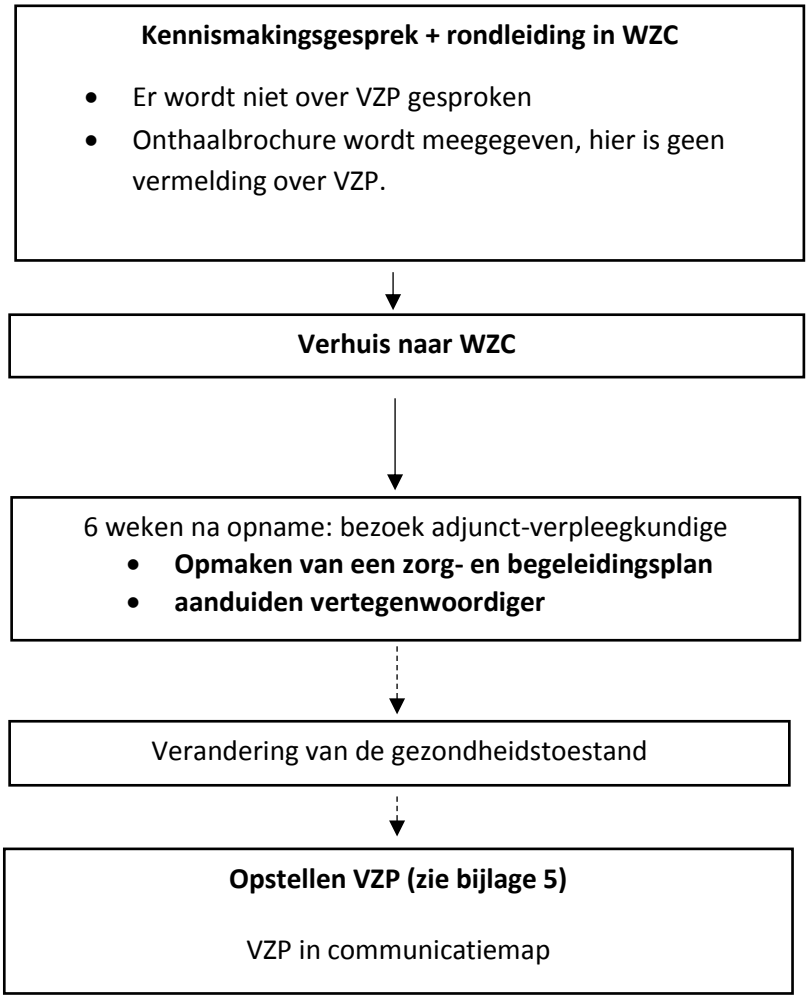
- Als structuurindicator gebruiken we de tijd die verpleegkundigen gemiddeld investeren in het proces VZP. Dit werd nagegaan o.b.v. vragenlijsten. Het betreft ook hier geen individuele patiëntendata.

U kunt vrijwillig deelnemen aan de gesprekken voor de opvolging van de procesindicator. De gesprekken zijn strikt vertrouwelijk en worden uitsluitend geanalyseerd en verwerkt voor de masterscriptie huisartsgeneeskunde van dr. L. Welvaert. Bij de aanvang van het gesprek wordt gevraagd of er een audio-opname mag worden gemaakt van het gesprek. Dit maakt analyse achteraf gemakkelijker. Ook dit kunt u weigeren. De gesprekken zullen plaatsvinden in het WZC Heilige Familie te Kieldrecht zodoende u zich niet hoeft te verplaatsen.

Toestemming:
Hierbij geef ik, ……..,
mijn toestemming om met mij een gesprek aan te gaan i.v.m. met mijn ervaringen in het proces VZP en om deze data nadien te verwerken in de masterscriptie.

Hierbij geef ik, ……..,
mijn toestemming om mijn familielid zijn/haar ervaringen te laten delen over het proces rondom het opstellen van mijn VZP en om deze data nadien te verwerken in de masterscriptie.

Bijlage 4: Flowchart beleidsprotocol VZP in WZC Heilige familie voor de opstart van het project



Bijlage 5: Beleidsdocumenten VZP in WZC Heilige familie voor de opstart van het project

Woonzorgcentrum Heilige Familie Kieldrecht

PE 322

Gezamenlijk standpunt

betreffende: …… geboren te ……..

op……

verblijvende te …….

verder genoemd gebruiker.

Gebruiker is wel / niet op de hoogte van zijn / haar gezondheidstoestand.

Gebruiker is wel / niet in staat tot wilsuitdrukking.

Op verzoek van …… en ……..

heeft het palliatief team een overleg rond de gezondheidssituatie van de gebruiker georganiseerd.

Een overleg had plaats op …….. en hierop waren aanwezig:

de gebruiker: ……

namens de familie: 1) ……

2)……

3)……

de huisarts : ……

namens de woonzorgcentrum: ……..

In dit overleg werd de gezamenlijke wens uitgesproken:

1. de ziekenhuisopnames en onderzoeken te beperken tot de strikt noodzakelijke: bepaald in bovengenoemd overleg nl. ……..
2. aandacht voor pijn als prioritair te beschouwen,
3. niet op kunstmatige wijze voedsel en/of vocht wordt toegediend
4. ……
…

Dit overleg had plaats op : ...../...../.....

Besluit : Na dit overlegmoment waarin alle argumenten grondig werden afgewogen, komen de gebruiker en de betrokken familie tot de gezamenlijke wens:

1. de gebruiker zo lang als mogelijk in …… zijn / haar laatste levensperiode te laten doorbrengen,
2. het aantal ziekenhuisopnames te beperken tot het strikt noodzakelijke, welke bepaald zijn in dit overleg,……
3. geen onnodige ziekenhuisonderzoeken te laten gebeuren,
4. ……..

Het is de uitdrukkelijke wens van de betrokkene en zijn familie dat een arts, die door omstandigheden (vb wachtdienst), de verantwoordelijkheid van huisarts ……

overneemt, en met deze wens rekening houdt.

De gebruiker, namens de familie,

voor aanwezigheid op het overleg,

BIJLAGE 1 : DOCUMENT VAN AANSTELLEN VERTEGENWOORDIGER
(verschil vertrouwenspersoon)

Mandaat van vertegenwoordiging
art. 14 hfst 1 van de wet van 22/8/2002 inzake de rechten van de patiënt

Aanwijzing

Ik, die onderteken, wijs de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen (als ik door ziekte of ongeval wilsonbekwaam word, kan mijn vertegenwoordiger in mijn plaats beslissingen nemen omtrent medische en verpleegkundige zorgen, alsook omtrent beslissingen aangaande mijn levenseinde):

Naam en voornaam:
Adres:
Telefoonnummer:
Rijksregisternummer:

Opgemaakt te Datum Mijn handtekening

Aanvaarding

…… ……. (naam en voornaam) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen …… ……..

(naam en voornaam aanwijzer invullen) vertegenwoordigen, met eerbiediging van de wilsverklaringen in dit document.

Opgemaakt te Datum Handtekening benoemde Vertegenwoordiger

CHECKLIST MET PRAKTISCHE AFSPRAKEN

- A. introduceren onderwerp
  omcirkel wat van toepassing is

  - Aangebracht door de bewoner zelf
    de huisarts
    een personeelslid
  - In alle vertrouwen
  - VZP : gewenst of niet gewenst
  - Indien gewenst:
    welke wensen, zorgen, medische behandelingen

- B. evalueren van de toekomstverwachting

  - hoe schat bewoner zijn toekomstverwachting in (ziekteverloop,afhankelijkheid)
  - is er nog extra informatie nodig van de huisarts naar de bewoner toe ivm prognose , ziekteverloop, afhankelijkheid

- C. identificeren van de doelen voor de laatste levensperiode

  Door bewoner realistisch met juiste info (wet van de rechten van de patiënt) in te lichten wat hij of zij kan verwachten en welke mogelijkheden van zorg en behandeling hiervoor zijn

  - Vragen of men de nadruk legt op de kwaliteit van het leven of eerder voor het verlengen van het leven
  - Uitleggen wat reanimatie is
  - Uitleggen wat beademing is
  - Uitleggen wat kunstmatige voeding is
  - …
  - Nagaan of bewoner zijn toestand begrijpt
  - Wanneer de terminale fase aantreedt, nagaan of palliatieve zorgen gewenst is

- D. documenteren van de richtlijnen

- Is er een vertegenwoordiger aangeduid
- is er een vertrouwenspersoon aangeduid

- E. herzien en updaten van de opties
  - Is toestand dezelfde gebleven of veranderd
  - Mijn persoonlijke waarden en opvattingen
  - Is er verandering in wensen of keuzes
  - ziekenzalving nodig
  - aanwezigheid van familie tijdens laatste fase
  - jaarlijkse bespreking

Naast de uitdrukkelijke wilsverklaringen die volgen, wil ik dat altijd rekening wordt gehouden met de volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwing die voor mij belangrijk zijn:

Bijlage 6: Beleidsprotocol met flowchart VZP in WZC Heilige familie op het einde van het project (versie 5)

woonzorgcentrum Heilige Familie

Protocol: Vroegtijdige zorgplanning

Inhoud:

1. **Inleiding**
2. **Protocol**

   Deel 1: De nieuwe bewoner van WZC Heilige Familie

   Deel 2: De bewoner (>2 maanden) van zorgresidentie Heilige-Familie
3. **Aanvullingen**

   3.1 VZP bij de bewoner die wilsbekwaam is maar fysiek niet meer in staat is om een VZP te handtekenen

   3.2 VZP bij de wilsonbekwame bewoner

   3.3 VZP bij de handelsonbekwame bewoner
4. **Referenties/ te volgen richtlijnen**

1. Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij uiteindelijke toekomstige zorgdoelen besproken worden en gepland kunnen worden. Doel van dit proces is het expliceren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvoering te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

De wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002) vormt samen met de wet betreffende het recht op palliatieve zorg (14 juli 2002) en de euthanasiewetgeving (28 mei 2002) de juridische omkadering van vroegtijdige zorgplanning in België.

Dit protocol werd opgesteld na een praktijkverbeterend project (01/05/2017-20/03/2018) binnen WZC Heilige Familie te Kieldrecht waarbij het voormalige beleid vergeleken werd met de gekende literatuur, hervormd en getest werd op de maat van het woonzorgcentrum.

2. Protocol

In elk geval worden de aanbevelingen opgevolgd die omtrent VZP worden gegeven in de richtlijn vroegtijdige zorgplanning en vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie. De referenties kunt u onderaan dit protocol terugvinden. Deze worden aangevuld met het stappenplan hieronder beschreven:

Deel 1: De nieuwe bewoner van WZC Heilige Familie:

Stap 1: Alvorens de nieuwe bewoner verhuist komt hij/zij op bezoek in het WZC met zijn/haar naaste(n) voor een verkennend gesprek en een rondleiding. Er wordt op dat moment een folder meegegeven over VZP maar het thema komt niet specifiek ter sprake. Vaak is dit immers te veel informatie ineens en gaat de info verloren door emotie. Indien de toekomstige bewoner nog eens samen met de familie de info bekijkt, zet dit aan tot nadenken. Er staat specifiek vermeld op deze folder dat de verpleegkundige hierover met hen een gesprek zal hebben 6-8 weken na de verhuis. Indien gewenst kunnen zij uiteraard op eigen initiatief ook eerder hun vragen stellen of een gesprek aanknopen omtrent dit thema. Er wordt bij de kennismaking wel nagetrokken of er eventueel al een VZP is opgesteld voorafgaand aan de opname.

Stap 2: De verhuis van een thuissituatie naar een woonzorgcentrum (eventueel met een tussenstap in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of een kortverblijf) is vaak emotioneel beladen. Het is dus niet het ideale moment om mensen na te laten denken over hun toekomst. Er wordt daarom dus ook niet gesproken door zorgverleners over de VZP, tenzij op eigen initiatief van de nieuwe bewoner.

Stap 3: Zes tot acht weken na verhuis komt de verpleegkundige bij de bewoner om een zorg- en begeleidingsplan op te stellen. Ook het luik VZP wordt besproken.

Volgende zaken komen hierbij aan bod:
-Wat is een VZP?
-Waarom (nu) een VZP?

-Wat kan er dan allemaal op papier worden gezet? (vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, zorgdoelen, negatieve wilsverklaring, positieve wilsverklaring, orgaandonatie, lichaam aan de wetenschap, verklaring van de wijze van teraardebestelling: begrafenis/ crematie,…
-Hoe gaat dit concreet? (Indien de patiënt er klaar voor is kan een VZP-overleg gepland worden.)

Ter ondersteuning van deze gesprekken kan de folder VZP gebruikt worden. Deze folder wordt achteraf in de map gestoken zodoende de bewonder deze ten allen tijde kan raadplegen. Het is belangrijk ook al inzicht te krijgen over wie de bewoner wil aanstellen als vertegenwoordiger. Zodoende kan deze zeker uitgenodigd worden bij het VZP-overleg.

Indien de verpleegkundige voelt dat het te veel informatie in eens is of dat er weerstand is bij de bewoner dient hij/zij te polsen of het gesprek een volgende keer kan worden verder gezet. Het dient benadrukt te worden dat dit een proces is en dat dit proces bij iedere bewoner anders verloopt. De meeste Westerse patiënten wensen te praten over hun levenseinde doch dient er ook stilgestaan te worden bij het feit dat sommige patiënten niet betrokken wensen te worden bij het nemen van beslissingen over zorg aan het levenseinde. Ze vertrouwen op het oordeel van familie of artsen, wat voor deze mensen een enorme druk is. Anderen verkiezen zelfs geen informatie. Zij hebben dan ook het recht op 'niet te weten'. Moeilijkheden bij het invullen van de VZP worden als patiënt als belangrijkste barrière aangegeven. Andere redenen om een VZP-gesprek te weigeren zijn: onterechte vrees dat hun keuzes onherroepelijk zouden zijn en een subjectief ervaren van een goede gezondheidstoestand. Tracht deze onterechte vrees weg te nemen en bewoners te confronteren met de realiteit zonder hem/haar te forceren dergelijke VZP op te maken.

<u>Stap 4:</u> Indien de verpleegkundige aanvoelt dat er kan overgegaan worden tot het concreet plannen van een VZP-overleg, neemt hij/zij de leiding om dit te plannen. Hiervoor wordt eerst getoetst bij de patiënt wie hij/zij hierbij wil. Het is aangewezen dat dit gesprek plaatsvindt tussen: bewoner, zijn/haar naasten, de adjunct-verpleegkundige en zijn/haar huisarts. Er wordt ook gepeild tot in hoeverre alle info met alle aanwezigen mag bespreken worden (conform de rechten van de patiënt).
Indien de patiënt bij herhaling niet wenst te spreken over het levenseinde en er zodoende geen VZP kan worden opgemaakt wordt een papier in de communicatiemap gestoken waarop de verpleegkundige schrijft 'De bewoner wenst niet te praten over diens wensen m.b.t. levenseinde met het zorgteam'.

<u>Stap 5:</u> Het VZP-overleg:
-Voorafgaand aan het gesprek wordt overlegd met de huisarts, eventueel telefonisch.
-Het VZP-gesprek (voorzie minimaal 60 min): De verpleegkundige reflecteert tijdens dit gesprek soms naar zaken die in vorige gesprekken met de bewoner zijn aan bod gekomen. Er wordt nog eens kort uitgelegd waarom er vandaag dergelijk gesprek plaatsvindt en wat de bedoeling is. De huidige medische situatie en toekomst worden geschetst in de mate van het mogelijke en naargelang hun behoefte. Conform de wet op de rechten van de patiënt wordt best nagegaan wat de patiënt wil weten en hoe gedetailleerd hij geïnformeerd wil worden. Als de patiënt hiervoor toestemming geeft kan deze info ook gegeven worden aan de naaste omgeving. Indien dit duidelijk is kan er gesproken worden over zorgdoelen. Er is gebleken dat het meer opbrengt van de klemtoon te leggen op deze doelen in plaats van op de negatieve wilsverklaring. Deze is immers weinig flexibel, we kunnen immers niet elke situatie tot in detail voorspellen en op anticiperen.
-De formulieren die gebruikt worden voor het opstellen van de VZP zijn een samenstelling van de formulieren ter aanstelling van een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, negatieve wilsbeschikking, het vastleggen van zorgdoelen (ABC-model), positieve wilsverklaring inzake euthanasie, formulier orgaandonatie, formulier betreffende de schenking van het lichaam aan de wetenschap, verklaring van de wijze van teraardebestelling en DNR-codering. Het luik DNR-codering wordt niet expliciet besproken met de bewoner. Ook het luik orgaandonatie wordt enkel besproken indien de bewoner hier zelf naar informeert.

-De verklaring wordt opgesteld, gedagtekend en gehandtekend door de bewoner zelf. Indien deze hier fysiek niet meer toe in staat is wordt de verklaring opgesteld en ondertekend door een derde zonder materieel belang bij het overlijden. De verpleegkundige neemt dan deze taak op zich.

Stap 6: Indien de huisarts toch niet aanwezig was bij het opstellen van de VZP neemt de verpleegkundige contact op met hem/haar om de te bespreken wat er is vastgelegd in de VZP. Er wordt samen met de huisarts een DNR-codering toegevoegd aan de zorgplanning zodoende deze bij transfers naar het ziekenhuis direct duidelijk is en niet in de haast aldaar moet opgesteld worden.

Stap 7: De VZP wordt bewaard in de communicatiemap. Deze map is te vinden in het bureau van de verpleegkundige, op het verdiep van de kamer waar de bewoner verblijft. Ze wordt tevens ingescand en toegevoegd aan het elektronisch dossier van de bewoner.

Stap 8: Op de tussentijdse team-overleggen onder betrokken zorgverleners wordt telkens besproken bij welke patiënten een VZP werd opgemaakt, wat er juist op papier staat en waar dit kan teruggevonden worden. Op dat moment kan elke zorgverlener de zorgdoelen vertalen naar zijn domein.

Stap 9: Voor het multidisciplinair overleg met directie, CRA-arts en verpleegkundigen wordt nu ook de eigen huisarts uitgenodigd. Jaarlijks worden alle patiënten hier besproken. Ook de VZP wordt hier doorgenomen.

Stap 9: Bij verwijzing naar het ziekenhuis/ een ambulance- of MUG-interventie wordt een kopie van de VZP meegegeven met de bewoner.

Stap 10: Tot zolang de patiënt wilsbekwaam is wordt jaarlijks getoetst of er aanpassingen moeten gebeuren aan de VZP (zie deel 2). Dit kan ook op vraag van de patiënt en als er een verandering is van de medische toestand. De zorgverleners blijven hiervoor alert.

Deel 2: De bewoner (>2 maanden) van zorgresidentie Heilige-Familie:

Stap 1: De contactpersoon van de bewoner ontvangt een uitnodiging voor de jaarlijkse infonamiddag VZP. Hierbij zit een strookje dat ze terug moeten opzenden/binnenbrengen in het WZC. Op dit strookje dienen ze aan te geven wie aanwezig zal zijn op de infoavond, met of zonder bewoner. In het WZC worden eveneens posters opgehangen over deze infonamiddag. Wilsbekwame bewoners worden hierover persoonlijk aangesproken en uitgenodigd door de verpleegkundigen. Tevens wordt via sociale media aandacht gewonnen voor de infonamiddag.

Stap 2: De infonamiddag (voorzie twee uur, met pauze) wordt gegeven met ondersteuning van een powerpointvoorstelling. Er wordt ruim tijd voorzien om vragen te beantwoorden en aandacht besteed aan het verdere praktische verloop voor de opstelling van een VZP. Na afloop wordt een folder ter beschikking gesteld.

Stap 3: In de maand hierna komt de verpleegkundige bij de bewoner om (opnieuw) over VZP te praten.

Indien de bewoner nog geen VZP heeft: *zie deel 1 vanaf stap 4.*

Anders wordt nagegaan of de bewoner nog steeds hetzelfde denkt over de zorg rondom het levenseinde. De VZP die eerder werd opgesteld wordt doorlopen. Het is belangrijk aandacht te besteden aan de wilsverklaring euthanasie bij onomkeerbare coma. Deze is immers maar 5

jaar geldig. Indien gewenst kan opnieuw een overleg gepland worden met familie erbij. Indien de verpleegkundige voelt dat het te veel informatie in eens is of dat er weerstand is bij de patiënt dient hij/zij te polsen of het gesprek een volgende keer kan/moet worden verder gezet.

Stap 4: Er wordt nagekeken of er reeds een folder aanwezig is in de map op de kamer, zoniet wordt die toegevoegd.

Stap 5: Indien de patiënt bij herhaling niet wenst te spreken over het levenseinde en er zodoende geen VZP kan worden opgemaakt wordt een papier in de communicatiemap gestoken waarop de verpleegkundige schrijft 'De bewoner wenst niet te praten over diens wensen m.b.t. levenseinde met het zorgteam'.

Stap 6: Bij veranderingen aan de VZP wordt de huisarts hierover ingelicht.

Stap 7: Op de teamvergadering wordt de VZP besproken indien er veranderingen zijn aangebracht.

Stap 8: Bij verwijzing naar het ziekenhuis/ een ambulance- of MUG-interventie wordt een kopie van de VZP meegegeven met de bewoner.

Stap 9: Tot zolang de patiënt wilsbekwaam is wordt jaarlijks getoetst of er aanpassingen moeten gebeuren aan de VZP. Dit kan ook op vraag van de patiënt en als er een verandering is van de medische toestand. De zorgverleners blijven hiervoor alert.

3. Aanvullingen

3.1 Aanvulling: VZP bij de bewoner die wilsbekwaam is maar fysiek niet meer in staat is om een VZP te handtekenen

In dit geval tekent een 'meerderjarige derde' die geen materieel belang heeft bij het overlijden van de bewoner, dus best geen rechtstreeks familielid. Het kan een vriend zijn, een buur, een kennis, de verpleegkundige…. Bij de VZP wordt een medische getuigschrift gestoken met opgave van de reden waarom de bewoner zelf niet in staat is een VZP op te stellen, noch te tekenen.

3.2 Aanvulling: VZP bij de wilsonbekwame bewoner

Wilsonbekwaamheid is een fluctuerend begrip. De gevolgen van de beslissing(en) over wilsbekwaamheid kunnen soms ingrijpend zijn. Indien de verpleegkundige bij herhaaldelijke gesprekken en ondanks de richtlijnen het idee heeft dat de bewoner wilsonbekwaam is, of andere zorgverleners/ naaste(n) de wilsbekwaamheid in twijfel trekken wordt dit zo gecommuniceerd naar de huisarts. Dit kan eveneens eerst besproken worden op het multidisciplinair teamoverleg. De huisarts organiseert een formele klinische beoordeling. Een formele klinische beoordeling van wilsbekwaamheid betreffende een bepaalde beslissing vraagt om herhaalde gesprekken, observatie en onderzoek. Bij voorkeur wordt er gekozen voor een zorgvuldig uitgevoerd klinisch en neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd binnen een inter- of multidisciplinair team van o.a. een neuroloog, geriater, geronto-psychiater, met expertise in diagnostiek bij en opvolging van personen met dementie. Het beslissen over wils(on)bekwaamheid kan niet herleid worden tot het toepassen van een screeningstest zoals de MMSE (Mini Mental State Examination). Indien er al dergelijk multi-disciplinair onderzoek gebeurde in het verleden kan de huisarts zich hierop baseren.

Indien er duidelijkheid is over de wilsonbekwaamheid van de bewoner wordt als volgt gehandeld:

-Bij de wilsonbekwame bewoner wordt een vroegtijdige zorgplanning opgemaakt met de vertegenwoordiger indien deze reeds werd vastgelegd op het moment dat de bewoner wilsbekwaam was.

-Indien er nog geen vertegenwoordiger werd aangesteld ten tijde van wilsbekwaamheid, worden, enkel in dit geval, de wensen met betrekking tot het levenseinde via de vertegenwoordiger via het cascadesysteem nagevraagd, tenzij er een bewindvoerder is (dan wordt deze, na machtiging door de vrederechter, vertegenwoordiger). Er wordt een extra formulier toegevoegd aan de VZP door de huisarts (derde zonder materieel belang bij het overlijden) dat beschrijft dat de bewoner in kwestie wilsonbekwaam is.

Het cascade-systeem:

Enkel een meerderjarige, wilsbekwame patiënt kan een vertegenwoordiger aanduiden. Als hij dat niet doet, dan vertegenwoordigt zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner hem wanneer hij zijn rechten niet meer kan uitoefenen (bv. coma, ernstig dement, zwaar mentaal gehandicapt,...). Is er geen echtgenoot of samenwonende partner of kan/wil deze niet optreden, dan kunnen een van zijn meerderjarige kinderen als vertegenwoordiger optreden. Is ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet, dan kan een van de ouders toestemmen. Blijkt ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet optreden, dan kan een van zijn meerderjarige broers of zussen toestemmen. Kan er geen enkele van deze familieleden gevonden worden (bv. spoedsituaties, alle vertegenwoordigers overleden,...) of kan/wil niemand van de vertegenwoordigers optreden, dan beslist de arts, desgevallend na multidisciplinair overleg, in het belang van de patiënt. Indien de patiënt minderjarig (< 18 jaar) is, dan vertegenwoordigen de ouders het kind, tenzij de minderjarige voldoende mentaal rijp is om zelf de aard, risico's en gevolgen van de ingreep in te schatten: dan beslist de minderjarige zelf.

Als niemand deze taak wenst op te nemen, of er niemand beschikbaar is, of er onderlinge onenigheid is tussen vertegenwoordigers van dezelfde rang zal de beroepsbeoefenaar in multidisciplinair overleg de belangen van de patiënt behartigen.

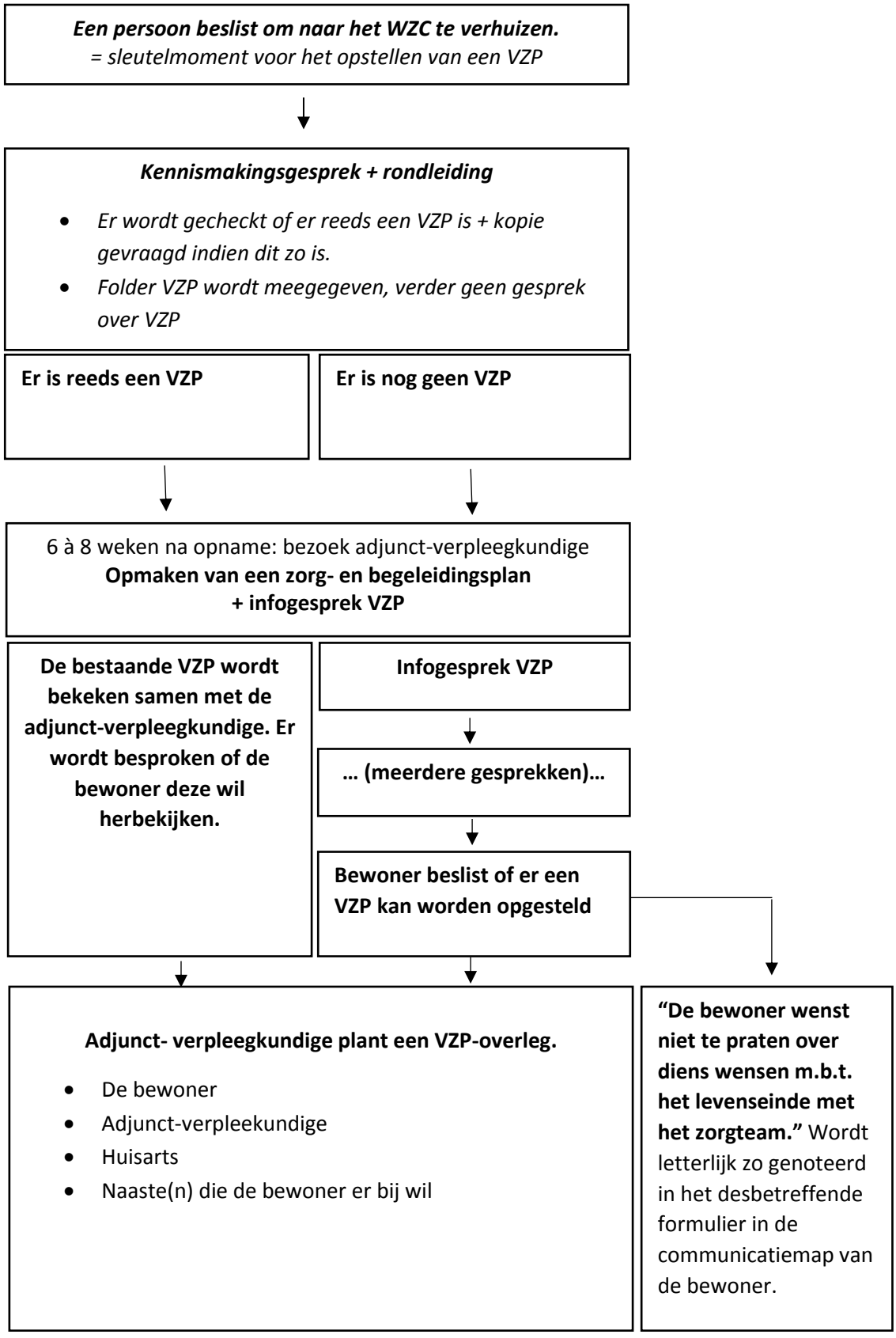
3.3 Aanvulling: VZP bij de handelsonbekwame bewoner

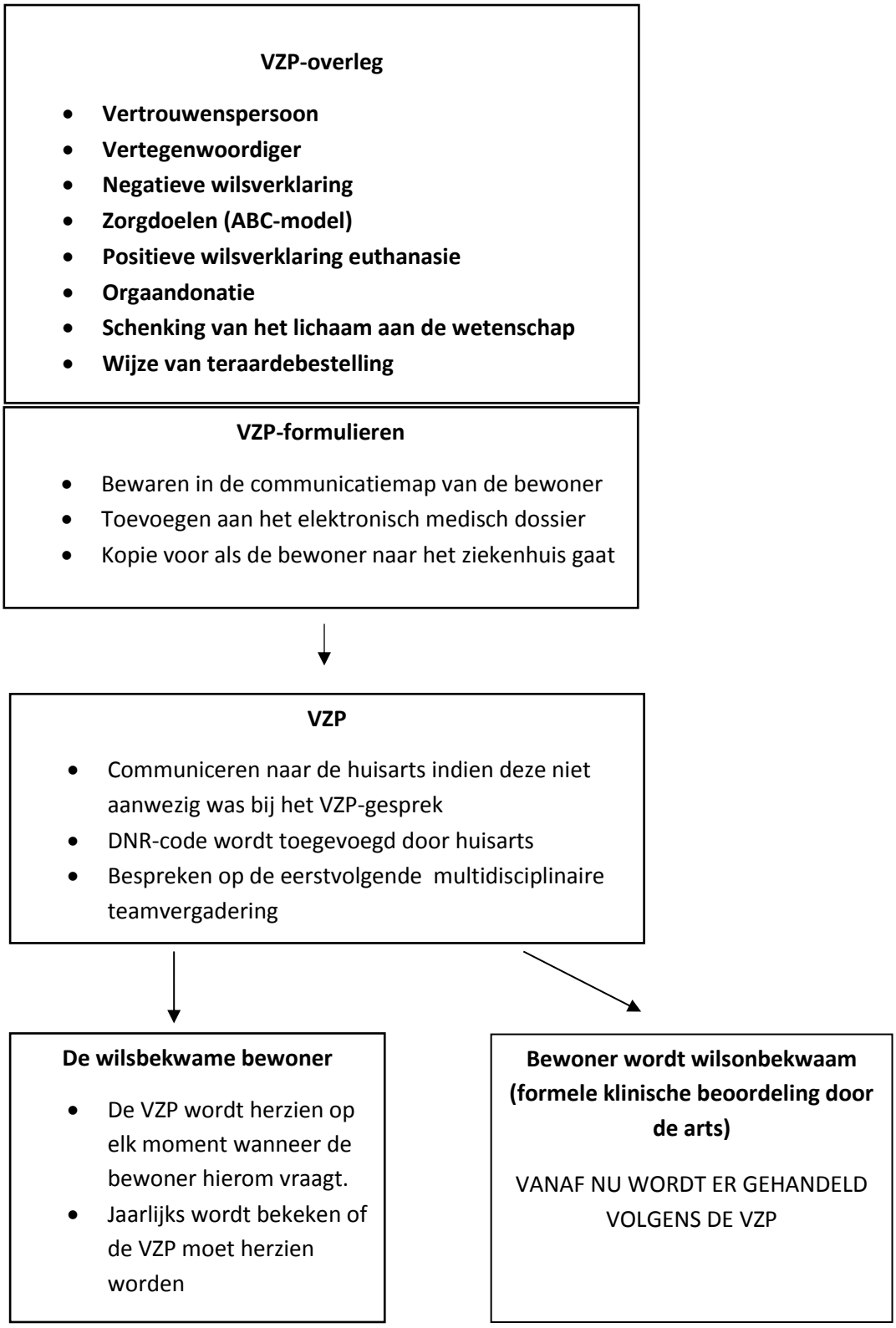
Een handelsonbekwame bewoner is een bewoner die onder bewindvoering staat (zo door de vrederechter beoordeeld en vastgelegd). Hier treedt per definitie steeds de bewindvoerder op als vertegenwoordiger. Dit, tenzij de behandelende arts van oordeel is dat de patiënt wel in staat is om zelf zijn patiëntenrechten uit te oefenen. Dit wordt zo beschreven vooraan op de VZP.

4. richtlijnen

1. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 5-2015. www.pallialine.be.

2. Albers G, Piers R, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, Dillen L, Vanden Berghe P, Van den Block L. Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie – een richtlijn. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, Pallialine; 28 Mei 2016. Toegankelijk via www.pallialine.be.


Een persoon beslist om naar het WZC te verhuizen.
= sleutelmoment voor het opstellen van een VZP
Kennismakingsgesprek + rondleiding
Er wordt gecheckt of er reeds een VZP is + kopie gevraagd indien dit zo is.
Folder VZP wordt meegegeven, verder geen gesprek over VZP
Er is reeds een VZP
Er is nog geen VZP
6 à 8 weken na opname: bezoek adjunct-verpleegkundige
Opmaken van een zorg- en begeleidingsplan
+ infogesprek VZP
De bestaande VZP wordt bekeken samen met de adjunct-verpleegkundige. Er wordt besproken of de bewoner deze wil herbekijken.
Infogesprek VZP
… (meerdere gesprekken)…
Bewoner beslist of er een VZP kan worden opgesteld
Adjunct- verpleegkundige plant een VZP-overleg.
De bewoner
Adjunct-verpleekundige
Huisarts
Naaste(n) die de bewoner er bij wil
"De bewoner wenst niet te praten over diens wensen m.b.t. het levenseinde met het zorgteam." Wordt letterlijk zo genoteerd in het desbetreffende formulier in de communicatiemap van de bewoner.



Bijlage 7: Beleidsdocument VZP in WZC Heilige familie op het einde van het project (versie 7)
Zie volgende pagina

woonzorgcentrum
Heilige Familie

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING:

Betreffende: …… geboren te ……..

op……

verblijvende te WZC Heiige Familie, Molenstraat 32, 9130Kieldrecht (03/250.67.20)

Rijksregisternummer:……

verder genoemd bewoner.

Bewoner is wel / niet op de hoogte van zijn / haar gezondheidstoestand.

Bewoneris wel / niet in staat tot wilsuitdrukking.

Bewoner is fysiek wel/niet in staat tot het opstellen en tekenen van een vroegtijdige zorgplanning.

Bewoner is wel /niet handelsbekwaam (niet onder bewindvoering).

Bij wilsonbekwaamheid of fysieke onbekwaamheid wordt in bijlage een medisch getuigschrift toegevoegd.

Binnen dit overleg werden volgende punten besproken (zie volgende pagina's):

1. **VERTROUWENSPERSOON:**……Telefoonnummer:……
2. **VERTEGENWOORDIGER:**……Telefoonnummer:……..

3. **ZORGDOEL:** A: Alles doen B: Behoud van functie C: Comfortzorg
   ……
4. **NEGATIEVE WILSVERKLARING:**……
   Reanimatie: ja/ neen
5. **POSITIEVE WILSVERKLARING EUTHANASIE:** Ja/neen
6. **ORGAANDONATIE:** Ja/neen
7. **SCHENKING VAN HET LICHAAM AAN DE WETENSCHAP:** Ja/neen
8. **WIJZE VAN TERAARDEBESTELLING:**……

9. **ZIEKENHUIS: DNR-code ……**

Een overleg omtrent de gezondheidssituatie had plaats op …../…../…..en hierop waren aanwezig:

- de bewoner ……
- naaste (n) ……
  ……
- de huisarts : ……
- namens het woonzorgcentrum: ……

Het is de uitdrukkelijke wens van de betrokkene en zijn familie dat een arts, die door omstandigheden (bv. wachtdienst), de verantwoordelijkheid van huisarts ……. overneemt, en met deze wens rekening houdt.

Datum + handtekening aanwezigen:

1. Aanstellen van een vertrouwenspersoon:

Ik, die onderteken wijs de volgende persoon aan als mijn vertrouwenspersoon om mij bij te staan in het uitoefenen van mijn rechten als patiënt zolang ik wilsbekwaam ben. Hij/zij mag ook zonder mijn aanwezigheid volgende rechten uitoefenen:

- zich informeren over mijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan
  Periode: ……. (bv. tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur, …)
  Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (bv. huisarts,…):
  ……
- mijn patiëntendossier inzien
  Periode: ……. (bv. voor onbepaalde duur, tot een bepaalde datum, …)
  Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (bv huisarts,…):
  …….
- een afschrift vragen van mijn patiëntendossier
  Periode: ……. (bv voor onbepaalde duur, tot een bepaalde datum, …)
  Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (bv huisarts,…)
  ……..

De persoonlijke gegevens van deze vertrouwenspersoon zijn de volgende:
Naam en voornaam:…….
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……

Opgemaakt te ……..
Datum:…….
Mijn handtekening:

De patiënt kan op elk moment aan de beroepsbeoefenaar meedelen dat de vertrouwenspersoon niet meer mag optreden zoals hierboven werd aangegeven.

2. <u>Aanstellen van een vertegenwoordiger:</u>

Ik, die onderteken wijs de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen.

De persoonlijke gegevens van deze vertegenwoordiger zijn de volgende:
Naam en voornaam:…….
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……

Opgemaakt te ……..
Datum:…….
Mijn handtekening:

Aanvaarding:
…….(naam en voornaam) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen …… (naam en voornaam aanwijzer invullen) vertegenwoordigen met eerbiediging van de wilsverklaringen en zorgdoelen in dit document.
Opgemaakt te ……..
Datum:…….
Handtekening benoemde vertegenwoordiger:

De vertegenwoordiger kan vrij gekozen worden door de bewoner.
Indien deze niet is aangesteld en de bewoner wordt wilsonbekwaam:
De echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner vertegenwoordigt de bewoner wanneer hij zijn rechten niet meer kan uitoefenen (bv. coma, ernstig dement, zwaar mentaal gehandicapt,...). Is er geen echtgenoot of samenwonende partner of kan/wil deze niet optreden, dan kunnen een van zijn meerderjarige kinderen als vertegenwoordiger optreden. Is ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet, dan kan een van de ouders toestemmen. Blijkt ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet optreden, dan kan een van zijn meerderjarige broers of zussen toestemmen. Kan er geen enkele van deze familieleden gevonden worden (bv. spoedsituaties, alle vertegenwoordigers overleden,...) of kan/wil niemand van de vertegenwoordigers optreden, dan beslist de arts, desgevallend na multidisciplinair overleg, in het belang van de patiënt. Indien de patiënt minderjarig (< 18 jaar) is, dan vertegenwoordigen de ouders het kind, tenzij de minderjarige voldoende mentaal rijp is om zelf de aard, risico's en gevolgen van de ingreep in te schatten: dan beslist de minderjarige zelf.

Als niemand deze taak wenst op te nemen, of er niemand beschikbaar is, of er onderlinge onenigheid is tussen vertegenwoordigers van dezelfde rang zal de beroepsbeoefenaar in multidisciplinair overleg de belangen van de patiënt behartigen.

3. Vastleggen van de zorgdoelen:

Zorgcode	A: Alles doen	B: Behoud functie	C: comfortzorg
Doel	Behouden en verlengen van het leven	Behoud van functie met behandeling van acute aandoeningen	Comfortzorg
Vooruitzicht	Verbetering van de gezondheidstoestand	Verbetering van acute aandoeningen Stabilisering van de gezondheidstoestand	Verdere langzame achteruitgang van de gezondheidstoestand
Afspraken	Cardiopulmonaire reanimatie Hospitalisatie Maximale medische behandeling	Geen reanimatie Geen opname op intensieve zorgen Hospitalisatie? (eventueel kortdurende ziekenhuisopname met doel diagnosestelling en niet-invasieve kortdurende therapie)	Enkel medicatie met oog op levenskwaliteit en comfort Symptoombestrijding Palliatieve zorg

Het ABC-model

……
……
……

Mijn persoonlijke waarden en opvattingen:
Naast de uitdrukkelijke wilsverklaringen die volgen wil ik dat er altijd rekening wordt gehouden met volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwingen die voor mij belangrijk zijn:
……
……
……

Eventuele voorkeur ziekenhuis:……

4. Negatieve wilsverklaring

Mijn wil betreft de volgende tussenkomsten:

- Ik wil niet worden gereanimeerd
- Ik wil niet naar het ziekenhuis worden gevoerd (eventueel wel kortdurende ziekenhuisopname met doel diagnosestelling en kortdurende therapie)
- Ik wil niet op intensieve zorgen afdeling van en ziekenhuis worden opgenomen
- Ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld
- Ik wil niet kunstmatig worden gevoed als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten.
- ik wil niet dat mijn leven met curatieve behandelingen worden verlengd en daarom wil ik geen:

-antibiotica	-chirurgische ingrepen	-chemotherapie
-bestraling	-dialyse	-transplantatie
-transfusies	-……..	-……

- Ik wil geen pijnbestrijding die mijn bewustzijn ernstig beperkt
- ik wil niet deelnemen aan experimentele behandelingen
- ……..
- ……..

5. Positieve wilsverklaring euthanasie

Deze rubriek dient enkel te worden ingevuld indien men uitdrukkelijk levensbeëindiging wil wanneer men onomkeerbaar buiten bewustzijn is. In tegenstelling tot de andere wilsverklaringen in deze vroegtijdige zorgplanning is de wilsverklaring euthanasie niet bindend. Ze is eveneens maar vijf jaar geldig. Ze kan op elk moment worden herzien of ingetrokken. Er dient hiervoor een document opgesteld te worden dat eigenhandig geschreven is. Onderstaand document dient als voorbeeldtekst.

Ik, die onderteken in volle bewustzijn

-verzoek, voor het geval ik niet meer in staat ben mijn wil te uiten, dat een arts euthanasie toepast, indien voldaan is aan de voorwaarden gesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie.

-herbevestig de wilsverklaring euthanasie, opgesteld op: (datum)…….

-herzie de wilsverklaring tot euthanasie opgesteld op: (datum)…….

-trek de wilsverklaring tot euthanasie in, opgesteld op: (datum)…….

Opgemaakt te ……., datum:……..

Mijn handtekening:

Door de handtekening van twee getuigen hieronder, waarvan minstens één getuige geen materieel belang heeft bij het overlijden, wordt bevestigd dat deze wilsverklaring inzake euthanasie vrij en bewust werd afgelegd.

Getuige 1:
Naam en voornaam:……
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……
Eventuele graad van verwantschap:……..
Datum:…./…./….
Handtekening:

Getuige 2:
Naam en voornaam:……
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……
Eventuele graad van verwantschap:……..
Datum: …./…./….

Handtekening:

6. Orgaandonatie

Als u Belg bent of meer dan zes maanden in België woont, dan staat de wet de verwijdering van organen na uw dood toe tenzij:
-u dit uitdrukkelijk heeft geweigerd tijdens uw leven
-uw naaste familieleden (kinderen, ouders of echtgenoot) zich tegen de orgaanafname verzetten.

Om te voorkomen dat uw naaste familieleden na uw dood de pijnlijke keuze in uw plaats moeten maken, kunt u vooraf een formulier invullen en laten registreren bij het gemeentebestuur van uw woonplaats (formulier verkrijgbaar bij gemeentebestuur).
De gemeente stuurt het formulier door naar het Rijksregister. De medische diensten raadplegen het Rijksregister om na te gaan of de overledene donor is of niet.

De registratie van de instemming met of weigering tot orgaandonatie is gratis.

7. Schenking van het lichaam aan de wetenschap

Als u dat wilt, kunt u uw lichaam, na uw overlijden, ter beschikking stellen van de wetenschap. Uw lichaam wordt dan gebruikt voor medisch-wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

Neem vooraf contact op met de universitaire instelling die u kiest, want de nodige documenten en voorwaarden kunnen verschillen. Via de website van het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming vindt u de contactgegevens van de Vlaamse universiteiten.

8. Wijze van teraardebestelling: Uitvaart

Ik, die onderteken, kies als wijze van uitvaart (schrap wat niet van toepassing is en plaats een handtekening-paraaf bij de rubriek die wel van toepassing is).

-Ritueel van levensbeschouwing:……
-Ziekenzalving: ……
-Begraving van mijn lichaam.
-Crematie gevolgd door begraving van de as binnen de omheining van de begraafplaats.
-Crematie gevolgd door bijzetting van de as in het columbarium van de begraafplaats.
-Crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de strooiweide van de begraafplaats.
-crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de Belgische territoriale zee.
-Crematie gevolgd door uitstrooiing van de as op een andere begraafplaats
(adres)……(1)
-Crematie gevolgd door begraving van de as op een andere plaats dan de begraafplaats
(adres)……..(1)
-Crematie gevolgd door bewaring van de as op een andere plaats dan de begraafplaats
(adres)……(1)
-De modaliteit die mijn nabestaanden in overleg bepalen na mijn overlijden.

(1): Indien het een terrein betreft dat niet in eigendom is van de overledene of zijn nabestaanden, is voorafgaande, schriftelijke toestemming van de eigenaar vereist en moet deze hierbij worden gevolgd.

Opgemaakt te……Datum:……
Handtekening:

Eventuele maatschappij waarbij een uitvaartverzekering werd afgesloten:

……

9. DNR- codering: voor transfer naar ziekenhuis (in te vullen door arts)

DNR 0	REANIMEREN	-De huidige therapie wordt behouden en zo nodig aangepast aan het ziektebeeld van de patiënt. - Bij circulatie– of ademhalingsstilstand wordt er gereanimeerd + kan de MUG interventie gevraagd worden. HANDTEKENING van de behandelend arts : DATUM: +STEMPEL
DNR 1	NIET REANIMEREN GEEN MUGINTERVENTIE	-Bij circulatie– of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen - Alle overige therapieën worden door de behandelende arts ingesteld. HANDTEKENING van de behandelend arts : DATUM: +STEMPEL
DNR 2	NIET REANIMEREN GEEN MUGINTERVENTIE THERAPIE NIET UITBREIDEN	- Bij circulatie– of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen; -ER WORDT NIET GESTART OF UITGEBREID MET: antibiotica, cardiotonica/inotropica, diuretica, aandringen voedsel/vocht per os, kunstmatig voedsel/vochttoediening, ondersteuning ademhaling, andere: …….. HANDTEKENING van de behandelend arts : DATUM: +STEMPEL
DNR 3	NIET REANIMEREN GEEN MUGINTERVENTIE THERAPIE AFBOUWEN	- Bij circulatie– of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen. Afbouwen/stoppen van volgende therapie: - …….. - …….. HANDTEKENING van de behandelend arts : DATUM: +STEMPEL

Bijlage:

- **De bewoner is wilsbekwaam maar fysiek niet in staat een vroegtijdige zorgplanning op te stellen.** De reden hiervoor is de volgende:

  …….

Als bewijs hiervan zit een medisch getuigschrift in bijlage.

Mevr./ Dhr……..werd aangewezen door de bewoner als meerderjarige derde, zonder materieel voordeel bij overlijden van de bewoner, om de vroegtijdige zorgplanning te schrijven en te ondertekenen.
De persoonlijke gegevens van de vernoemde persoon zijn de volgende:
Naam:…….
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……
Eventuele graad van verwantschap:……..

- **De bewoner is wilsonbekwaam.**

Als bewijs hiervan zit een medisch getuigschrift in bijlage

- Ten tijde van wilsbekwaamheid werd reeds een vertegenwoordiger aangesteld.

  De persoonlijke gegevens van deze vertegenwoordiger zijn de volgende:
  Naam:……
  Rijksregisternummer:……
  Adres:……
  Telefoonnummer:……
  Geboortedatum en geboorteplaats:……
  Eventuele graad van verwantschap:……

- Er werd tijdens wilsbekwaamheid nooit een vertegenwoordiger aangesteld. Nu werd een vroegtijdige zorgplanning opgesteld met de vertegenwoordiger volgens het cascadesysteem: De echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner vertegenwoordigt de bewonerwanneer hij zijn rechten niet meer kan uitoefenen (bv. coma, ernstig dement, zwaar mentaal gehandicapt,...). Is er geen echtgenoot of samenwonende partner of kan/wil deze niet optreden, dan kunnen een van zijn meerderjarige kinderen als vertegenwoordiger optreden. Is ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet, dan kan een van de ouders toestemmen. Blijkt ook dit niet mogelijk of kunnen/willen zij niet optreden, dan kan een van zijn meerderjarige broers of zussen toestemmen. Kan er geen enkele van deze familieleden gevonden worden (bv. spoedsituaties, alle vertegenwoordigers overleden,...) of kan/wil niemand van de vertegenwoordigers optreden, dan beslist de arts, desgevallend na multidisciplinair overleg, in het belang van de patiënt. Indien de patiënt minderjarig (< 18 jaar) is, dan vertegenwoordigen de ouders het kind, tenzij de minderjarige voldoende mentaal rijp is om zelf de aard, risico's en gevolgen van de ingreep in te schatten: dan beslist de minderjarige zelf.

Als niemand deze taak wenst op te nemen, of er niemand beschikbaar is, of er onderlinge onenigheid is tussen vertegenwoordigers van dezelfde rang zal de beroepsbeoefenaar in multidisciplinair overleg de belangen van de patiënt behartigen.

Vertegenwoordiger volgens het cascadesysteem die de belangen van de bewoner behartigt:
Naam:……
Rijksregisternummer:……
Adres:……
Telefoonnummer:……
Geboortedatum en geboorteplaats:……
Eventuele graad van verwantschap:……
Handtekening:

Dit document is een herziening van het document 'gezamenlijk standpunt' dat voorheen werd gebruikt binnen het WZC. Dit document VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING werd opgesteld op 5/04/2018 door Dr. Lisa Welvaert o.l.v. Prof. Dr. J. Wens en o.b.v. het document 'wilsverklaringen inzake mijn gezondheid en levenseinde', opgemaakt door Manu Keirse, Marc Cosyns, Herman Nys en Kris Schutyser. 3e versie april 2011.Laatste versie downloaden op www.palliatief.be.
Aanvullingen: zorgdoelen[1,2,3], Schenking van het lichaam aan de wetenschap[4]

1. *Song MK, Ward SE, Happ MB, Piraino B, Donovan HS, Shields AM, et al. Randomized controlled trial of SPIRIT: an effective approach to preparing African-American dialysis patients and families for end of life. ResNurs Health 2009 Jun;32(3):260-73.*
2. *Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning vande zorg. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen; 2009.*
3. *Volandes AE, Brandeis GH, Davis AD, Paasche-Orlow MK, Gillick MR, Chang Y, et al. A randomized controlled trial of a goals-of-care video for elderly patients admitted to skilled nursing facilities. J Palliat Med 2012 Jul;15(7):805-11.*
4. *Lichaam schenken aan de wetenschap. Internetsite Vlaamse overheid 2017. Beschikbaar via: http://www.vlaanderen.be/nl/onderwijs-en-wetenschap/wetenschappelijk-onderzoek/lichaam-aan-de-wetenschap-schenken. Geraadpleegd op 2017januari .*

Beschikbaarheid:*Dit document wordt bewaard in de medische map van de bewoner en is steeds beschikbaar voor de behandelende arts, de bewoner, zijn vertrouwenspersoon en zijn vertegenwoordiger. Het kan steeds herzien worden tot zolang de bewoner wilsbekwaam is. Indien de patiënt het WZC verlaat (bv. bij transfer naar het ziekenhuis) wordt een kopie van deze vroegtijdige zorgplanning meegegeven. De originele versie blijft steeds beschikbaar in het WZC.*

Het is niet verplicht deze wilsverklaringen officieel te laten registreren op de gemeente. Indien dit toch gewenst is, kan dit enkel voor de wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval van onomkeerbaar buiten bewustzijn, en voor de wil inzake uitvaart. Er is geen notaris nodig. Het belangrijkste is te zorgen dat het document beschikbaar is in het medisch dossier en bij de vertegenwoordiger zodat het ten gepaste tijd kan geraadpleegd en gevolgd worden. Bij een uitdrukkelijke weigering van weghalen van weefsels en organen dient u dit te registreren bij het gemeentebestuur van uw woonplaats.

Notities:

Bijlage 8: Brief verstuurd naar huisartsen met patiënten binnen WZC Heilige Familie te Kieldrecht

Geachte collega,

Voor mijn masterscriptie huisartgeneeskunde start ik een praktijkverbeterendproject in het WZC Heilige Familie te Kieldrecht, waar u ook patiënten heeft. Dit project start op 01/05/2017. De recente praktijkrichtlijn "vroegtijdige zorgplanning (VZP)" wordt geïmplementeerd in het WZC. Dit houdt in dat er bij alle patiënten in het WZC zal getracht worden een vroegtijdige zorgplanning op te stellen.

Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) waarbij uiteindelijke toekomstige zorgdoelen besproken worden en gepland kunnen worden. Doel van dit proces is het expliceren van de waarden envoorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg. Hierdoor dient het de besluitvoering te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.

En VZP geeft ons de mogelijkheid de wensen van de voor ons (on)bekende patiënt (ook als de patiënt niet meer in staat is zijn eigen wil te uiten) beter te kunnen respecteren. Het kan eveneens de belasting voor de naasten sterk verminderen door te voorkomen dat zij alleen de verantwoordelijkheid moeten dragen voor moeilijke beslissingen in de laatste levensfase.

Uit de literatuur is gebleken dat de zorgverlener best zelf initiatief neemt om een gesprek over VZP te starten. Dit wordt het best gedaan op sleutelmomenten. Een opname in een WZC is een dergelijk sleutelmoment. Het gesprek wordt bij voorkeur gevoerd wanneer de patiënt zich in een goede gezondheidssituatie bevindt, dus voor er een crisissituatie optreedt.

Er werden in het verleden al heel wat inspanningen gedaan binnen het WZC om vroegtijdige zorgplanningen op te stellen. Doch merken we dat er nog een groot aantal bewoners is in het WZC dat geen VZP heeft. We willen ook deze mensen de kans bieden dit op te stellen. Het hele VZP-proces zal ondersteund worden door een combinatie van middelen: overlegmomenten, nieuwe brochures, een infonamiddag voor patiënten met hun naasten en informatie op de website. Het wordt gefaseerd aangepakt met behulp van een protocol dat u ter beschikking wordt gesteld.

Het is belangrijk te benadrukken dat het gaat om een praktijkverbeterend project. Samen werken we aan een verbetering voor de toekomst. U krijgt een protocol als leidraad, opgesteld op basis van de richtlijn VZP en toegepast op het WZC Heilige Familie. Op regelmatige tijdstippen wordt geëvalueerd hoe het project loopt. Opmerkingen of bedenkingen van u zijn in tussentijd steeds welkom. In bijlage kunt u het protocol VZP binnen WZC Heilige Familie en de VZP-formulieren terugvinden. Zoals u kunt zien nemen de adjunct-verpleegkundigen de grootste taak op zich binnen dit proces. Doch vraag ik u, indien mogelijk, aanwezig te zijn tijdens het gesprek waarbij men de VZP opstelt. Hiervoor zal u worden uitgenodigd door de adjunct-verpleegkundige.

Met vriendelijke groeten en hopend op uw medewering,

Dr. Lisa Welvaert
HAIO Huisartsenpraktijk De Kouter,Kieldrecht
Steeds te bereiken via de praktijk op 03/773 23 83
lisa.welvaert@ugent.be

Marc Permentier
Hoofdverpleegkundige
WZC Heilige Familie

Dr. Arnaud Van Laere
Praktijkopleider en CRA-arts WZC Heilige Familie Kieldrecht

Nancy Schuddings
Directeur WZC Heilige Familie

Bijlage 9: Folder VZP
Zie volgende pagina

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING (VZP) WZC HEILIGE FAMILIE

Niet iedereen heeft dezelfde doelstelling over de zorg omtrent zijn levenseinde. We geven jou dan ook de kans dit te ontdekken en vast te leggen zodat dit enerzijds rust creëert voor jezelf en anderzijds zekerheid geeft voor je familie. Geïndividualiseerde zorg op maat aanbieden in alle openheid, vertrouwen en betrokkenheid is ons doel.

Wat is vroegtijdige zorgplanning?

VZP is het overleg met de bewoner, de zorgverleners en de familie over de gewenste richting van zorg bij het naderend levenseinde. VZP stelt de bewoner in staat om zijn wensen in verband met de toekomstige zorg kenbaar te maken. We willen dit graag met u bespreken vooraleer het nood doet en u zelf geen beslissingen meer kunt nemen. We willen immers voorkomen dat deze zware taak bij de nabestaanden komt te liggen.

Waar is dat goed voor?

Momenteel zijn er veel behandelingen en ingrepen mogelijk, meer dan vroeger : kunstmatige voeding, experimentele chemotherapie... Vele behandelingen hiervan zijn levensverlengend eerder dan genezend. Sommige mensen willen dit graag, anderen liever niet. Door de wet van de rechten van de patiënt, heeft iedere bewoner het recht om mee te beslissen over alle behandelingen. Sommige patiënten kunnen helaas niet meer mee beslissen door wilsonbekwaamheid bv. eindstadium dementie of coma. Daarom is het goed dit op voorhand vast te leggen.

Waarom nu al?

Niemand kan voorspellen hoe we zullen sterven : soms is het plots en onverwacht, soms krijgt men een langdurige en ongeneeslijke ziekte. Door er nu al over na te denken, kunnen er later veel misverstanden vermeden worden. Je kan immers zelf je wensen kenbaar maken en dit niet overlaten aan anderen die er dan mee kunnen ‘worstelen’.

Hoe verloopt dit in WZC Heilige Familie?

De eerste stap is reeds gezet. Door het doornemen van deze brochure vergaart u al heel wat info.
Bij de nieuwe bewoner wordt na een zestal weken nagegaan door de verpleegkundige hoe je je opname hebt ervaren aan de hand van een evaluatiegesprek en het accepteren van je verzorgings – en begeleidingsplan. Er wordt op dat moment ook gepraat over een vroegtijdige zorgplanning.
Voor de andere bewoners is er een jaarlijkse infonamiddag over VZP, gevolgd door een bezoek van de verpleegkundige.
Dit alles is vrijblijvend, en op maat en verwachting van elke bewoner. Is de wens er om een VZP op te stellen, dan kan er een gesprek gepland worden. De bewoner kiest zelf wie hierbij aanwezig is (huisarts, familie…). Tijdens dergelijk VZP-gesprek worden formulieren ingevuld. Hierin komen volgende zaken aan bod:

- Vertrouwenspersoon
- Vertegenwoordiger
- Zorgdoelen
- Negatieve wilsverklaring
- Positieve wilsverklaring euthanasie
- Orgaandonatie en schenking van je lichaam aan de wetenschap
- Wijze van teraardebestelling (uitvaart)

Een vertrouwenspersoon?

Een vertrouwenspersoon kies je zelf. Hij/zij staat je bij in het uitoefenen van je patiëntenrechten terwijl je zelf nog mee kan beslissen over je gezondheid. Hij kan ook zonder jou info verwerven over je gezondheidstoestand en je dossier inkijken.

Een vertegenwoordiger?

De vertegenwoordiger spreekt in naam van de bewoner vanaf het moment dat die niet meer in staat is om zijn wil uit te drukken. Zo krijgt de patiënt toch geen behandeling die hij of zij niet had gewild. Iedereen kan een vertegenwoordiger zijn : je echtgenoot, dochter of zoon, maar ook vriend of kennis.. Je kan deze zelf aanstellen in de VZP. Indien dit niet gebeurt wordt een wettelijk cascadesysteem gevolgd, die in hiërarchische orde een informele vertegenwoordiger aanduidt.

Wat is een negatieve wilsverklaring?

Welke zorg je niet wilt krijgen mocht je erg ziek worden en je wil niet meer kunt uitdrukken, kan je neerschrijven in een wilsverklaring (vroeger sprak men van wilsbeschikking of levenstestament). Dankzij dit document weten artsen (ook de arts met wachtdienst) welke behandelingen je zou aanvaarden en welke niet. Dit moet wel gebeuren op een moment dat je nog helder kan denken en zelf beslissingen kan nemen. Dit gebeurt het best in overleg met de huisarts, die de bewoner meestal al lang kent en volgt. De wilsverklaring kan ten allen tijde herroepen worden : het is een permanent communicatieproces. Tevens worden zorgdoelen besproken. Deze doelen bieden meestal iets meer

flexibiliteit en schetsen duidelijk wat iemand nog wel/niet wil.

Mogelijke items in een wilsverklaring zijn:
-Welke behandelingen wil ik niet meer als ik mijn wil niet meer voldoende kan uiten : wil ik nog een ziekenhuisopname?, wil ik nog ge reanimeerd worden?, nog kunstmatige voeding ?
- Wens ik comfortzorg en pijnbestrijding wanneer mijn toestand naar een onomkeerbaar en levensbedreigde ziekte evolueert?

Wat is een positieve wilsverklaring euthanasie?

Deze rubriek in de VZP dient enkel te worden ingevuld indien men uitdrukkelijk levensbeëindiging wil wanneer men onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Hiervoor moet eveneens voldaan worden aan de voorwaarden gesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie.

Orgaandonatie en schenking van het lichaam aan de wetenschap

Bij het opmaken van de VZP wordt aandacht besteed aan beide procedures, stappen worden gezet indien vereist.

Wijze van teraardebestelling (uitvaart):

In de VZP kunt u, indien gewenst, aangeven hoe u de uitvaart ziet. Indien er al afspraken zijn gemaakt bij uitvaartverzekeringen kan dit hier tevens worden aangegeven.

Heeft u nog vragen, aarzel niet ons te contacteren. U kan steeds terecht bij:

Marc Permentier *Hoofdverpleegkundige, marc.permentier @hfkieldrecht.be*

Ann Capon *Verantwoordelijke bewonerszorg ann.capon@hfkieldrecht.be*

Nancy Schuddings *Directeur info@hfkieldrecht.be*

WZC Heilige Familie

Molenstraat 32, 9130 Kieldrecht

03/250.67.20

info@hfkieldrecht.be

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

IN

WZC HEILIGE FAMILIE KIELDRECHT