Vroegtijdige zorgplanning: een leidraad voor de huisarts

Ontwikkeling van een beslishulp (deel 1 van 2)

Leirs Elien, KU Leuven

Moons Lisa, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

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

Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een proces van continu overleg tussen patiënt en zorgverlener, gericht op het uitklaren van iemands waarden en behoeften. Door de toenemende vergrijzing, samen met de evolutie in de medische wereld, ziet men een toenemende nood aan VZP. Ondanks de toenemende nood wordt er echter nog weinig geïnvesteerd in zowel het voeren van deze gesprekken als het opmaken van de documenten.

Methoden

Dit naslagwerk gaat om een interventionele-obeservationele studie. In eerste instantie wordt een digitale beslishulp ontwikkeld om artsen te begeleiden bij gesprekken over VZP met naast de zorgdoelen ook aandacht voor gesprekstechnieken. Voorafgaand gebeurt een korte literatuurstudie om de belangrijkste aspecten in de beslishulp te verwerken.

Via een anonieme bevraging wordt er nagegaan of artsen deze beslishulp als nuttig ervaren. Hierbij wordt er rekening gehouden met het profiel van de arts.

Bespreking resultaten

Algemeen wordt de beslishulp als nuttig ervaren door 24 van de 25 deelnemende artsen. 4 op 5 artsen geven aan dat de beslishulp drempelverlagend is voor het voeren van gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Door de kleine steekproefgrootte kunnen de resultaten niet als representatief worden beschouwd voor de hele huisartsenpopulatie.

Besluit

De digitale beslishulp wordt in deze studie nuttig en drempelverlagend bevonden door artsen. In de toekomst kan het aangewezen zijn deze digitale vorm te linken aan de medische dossiers van de patiënten, waardoor het makkelijk integreerbaar en oproepbaar wordt.

Inleiding

De opkomst van vroegtijdige zorgplanning kan deels worden verklaard door de vooruitgang in de medische wereld die de laatste decennia plaatsvond.[1] Deze vooruitgang heeft gemaakt dat mensen in het algemeen langer leven. In 2016 werd een artikel gepubliceerd door de Federale Overheidsdienst die stelde dat de vergrijzing en de verzilvering van de bevolking zich zal blijven verder zetten. Het artikel vermelt dat de populatie 65- tot 80-jarigen percentueel zal stijgen tussen 2016 en 2030 van 13,8 naar 17,9 percent. Voor de 80-plussers zal dit aantal op deze 15 jaar van 5,8 naar 7,6 percent stijgen.[2]

Naast een hogere levensverwachting, brengt deze medische revolutie tevens meer therapeutische opties met zich mee. Aandoeningen worden meer chronisch en de dood treedt meestal meer verwacht en gecontroleerd in. Dit maakt dat mensen de mogelijkheid krijgen om keuzes te maken over hun levenseinde. Meer en meer wordt nu de vraag gesteld of patiënten al deze levensverlengende behandelingen wel willen ondergaan. Immers, met een verlenging van het leven, treedt er vaak ook een verlengd stervensproces op.[1]

Bovendien vragen mensen meer inspraak in beslissing omtrent hun levenseinde. Terecht is de paternalistische rol van de arts hier al lang verleden tijd.

Bovenstaande fenomenen verklaren waarom er zowel bij arts als patiënt meer nood is aan het bespreken van een vroegtijdige zorgplanning, om te voorkomen dat er wordt gehandeld tegen de wil van de patiënt. VZP is een proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en één of meerdere zorgverleners (waaronder een arts) waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden.[3] Idealiter is het dus een dynamisch gesprek tussen arts en patiënt, of degenen die de patiënt vertegenwoordigen, waaruit de wens van de patiënt over het levenseinde duidelijk kan worden afgeleid.

Ondanks de toenemende nood aan VZP bij zowel artsen als patiënten wordt er echter nog weinig geïnvesteerd in zowel het voeren van deze gesprekken, als het opmaken van de documenten. Uit studies is dan ook gebleken dat in België en Nederland bij amper 34% van de patiënten met een niet-plotse dood een vroegtijdig zorggesprek had plaatsgevonden.[4] Een andere studie toonde aan dat in een rusthuispopulatie slechts 10 tot 20% van de populatie over de juiste documenten beschikt.[5] Ten

eerste blijft de bespreking van een zorgplanning voor vele mensen een delicaat thema. Niet elke patiënt zal immers klaar zijn voor gesprek over diens levenseinde. Artsen ervaren het als een drempel te beslissen bij welke patiënt en op welke moment een gesprek over VZP zich aandringt.[6] Verder wordt ook het ontbreken van een gestandaardiseerd document als oorzaak aangehaald. Het gebrek aan duidelijke documentatie maakt dat de toepasbaarheid ervan in vraag wordt gesteld. Zorgverleners hebben reeds aangegeven dat er een belangrijke nood is aan duidelijkheid omtrent registratie rond VZP.[7]
Ook speelt tijdsgebrek een belangrijke rol.[6]

In deze thesis wordt ten eerste een beslishulp ontwikkeld om artsen te begeleiden bij deze gesprekken, met aandacht voor adequate gesprekstechnieken. Ten tweede wordt nagegaan of deze beslishulp kan bijdragen tot de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning.

Methodesectie

Onderzoeksopzet

Deze thesis omvat een interventionele-observationele studie.

In een eerste onderzoeksvraag wordt nagegaan hoe een gesprek over vroegtijdige zorgplanning het best ondersteund wordt voor de professionele hulpverlener. Aan de hand van een literatuurstudie wordt zo een digitale beslishulp ontwikkeld voor de huisarts. De digitale beslishulp is beschikbaar via de website van 'Gezondheid en Wetenschap'. (bijlage 1) In deze beslishulp wordt een opdeling gemaakt tussen twee onderwerpen. Eerst wordt aangegeven welke gesprekstechnieken de arts moet hanteren om te kijken of de patiënt klaar is voor een gesprek. Indien er tijdens het doorlopen van deze fase een negatief antwoord wordt gegeven op één van deze vragen, wordt er concrete informatie aangereikt om de patiënt op de hoogte te stellen. (bijlage 2) Nadien wordt documentatie aangeboden om de vroegtijdige zorgplanning vast te leggen. Dit deel van de beslishulp dient door de arts samen met de patiënt doorlopen te worden. Er wordt hierbij gestart met enkele vragen over de gewenste zorgdoelen. (bijlage 3) Er zijn immers studies die aantonen dat een zorgplanning meer op basis van zorgdoelen dient afgestemd te worden.[8,9] Afhankelijk van het gekozen zorgdoel worden medische interventies aangeboden, die specifiek van toepassing zijn van bij de voorkeuren van de patiënt. Naar het einde van de beslishulp toe, wordt er gevraagd de meest passende DNR code te linken aan het gekozen zorgdoel van de patiënt. Deze vraag werd toegevoegd, gezien er bij een eventueel contact met de tweedelijnsgeneeskunde, bewezen is dat er daar vooral met DNR codes gewerkt wordt. Op die manier lijkt de doorstroom van medicatie naar het ziekenhuis toe gemakkelijker te doorlopen.[3,8]

In een tweede onderzoeksvraag wordt nagegaan hoe artsen omgaan met gesprekken over VZP en of het gebruik van een digitale beslishulp voor vroegtijdige zorgplanning hierin kan bijdragen. Er wordt een digitale vragenlijst aangeboden waarbij er eerst gepeild wordt naar het gedrag en de gewoontes van de arts, wat betreft de gesprekken over vroegtijdige zorgplanning. Nadien wordt er gepeild naar de mening van de deelnemers over de aangeboden digitale beslishulp. Verder wordt er informatie verzameld over het profiel van de arts. Er wordt rekening gehouden met geslacht, leeftijd, regio, aantal jaren praktiserend arts en het statuut van LEIF-arts/CRA-arts.

Populatie

In het onderzoek worden alle huisartsen en HAIO's uit Vlaanderen geïncludeerd. De verspreiding van de uitnodiging tot deelname gebeurt via e-mails naar verschillende wachtkringen, via Domus Medica, via de website van het Icho en via presentatie op LOK groepen.
Er werden mails gestuurd naar artsen van 5 verschillende wachtkringen. Gedurende 6 maanden werden resultaten ontvangen en geanalyseerd. In totaal namen 25 artsen deel aan de studie.

Uitkomstmaten

Als uitkomstmaat van de eerste onderzoeksvraag wordt een digitale beslishulp afgeleverd die online beschikbaar blijft via de website van Gezondheid en Wetenschap. Bij de tweede onderzoeksvraag wordt via Google Formulieren nagegaan hoe artsen de beslishulp ervaren hebben. In deze formulieren worden 13 vragen gesteld. De eerste 5 vragen zijn bedoeld om een idee te krijgen van het profiel van de arts. De volgende vragen zijn zowel gericht op de ervaring van de arts met vroegtijdige zorgplanning als de ervaring met de beslishulp. Er wordt ten slotte met een open vraag gepeild naar eventuele opmerkingen of verbeteringen.

Analyse plan

De resultaten van de Google formulieren worden kwalitatief en kwantitatief verwerkt na 6 maanden verspreiding. De vragenlijsten worden statistisch beschrijvend geanalyseerd door middel van de spreadsheet in de bijhorende Excel-module.

Goedkeuring ethische commissie

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 10-06-2019 onder het nummer MP009432.

Resultaten

25 artsen namen deel aan de studie. Hiervan waren 14 (64%) vrouwen en 9 (36%) mannen. Het grootste deel van de artsen was jonger dan 30 jaar, namelijk 14 van de 25 artsen (56%). 4 deelnemers waren tussen de 30 en 40 jaar oud (16%), 4 anderen waren tussen de 40 en 50 jaar oud (16%). 3 artsen waren tussen de 50 en 60 jaar oud, hetwelke overeen komt met een percentage van 12. Er namen geen artsen ouder dan 60 jaar deel. 1 arts (4%) is werkzaam als LEIF arts, 4 artsen (16%) zijn werkzaam als CRA arts in een woonzorgcentrum.

Gekeken naar de geografische verdeling werd opgemerkt dat 18 van de 25 artsen (72%) werkzaam zijn in de provincie Antwerpen. 4 van hen waren afkomstig van de provincie Vlaams-Brabant (16%). 2 artsen waren afkomstig van Oost-Vlaanderen (8%), 1 arts was afkomstig van Limburg (4%).

Van al deze deelnemers beweerden 18 personen minder dan maandelijks een gesprek te voeren over vroegtijdige zorgplanning, overeenkomend met 72 percent. 7 artsen voert dit gesprek meer dan maandelijks (28%). Geen enkele arts claimde nog nooit een gesprek over vroegtijdige zorgplanning gevoerd te hebben.

Er werd in de bevraging ook gepeild naar de manier waarop artsen dit gesprek aanvatten. 19 van de 25 artsen neemt zelf het initiatief om gesprekken rond VZP te starten (76%). 9 artsen vat deze gesprekken enkel aan op vraag van de patiënt en/of de familie (36%).

Verder werd bij de artsen gepeild bij welke patiënten zij een gesprek voerden over vroegtijdige zorgplanning. Meerdere antwoordopties konden hierbij aangeduid worden. Er werd aangegeven dat 23 artsen een gesprek starten bij patiënten in een palliatieve situatie (92%). 21 artsen, overeenkomend met 84 percent, voeren steeds een gesprek bij achteruitgang van een chronische ziekte. Hiertegenover staat dat 6 artsen (24%) aangaven een gesprek te voeren bij patiënten met chronische ziekte die klinisch stabiel zijn. 20 van de 25 artsen (80%) kiezen ervoor dit gesprek te voeren bij patiënten die worden opgenomen in een woonzorgcentrum, eventueel op vraag van de verpleging. 9 deelnemers nemen zelf het initiatief in een situatie waarbij er een merkelijke achteruitgang van het geheugen bij de patiënt opgemerkt wordt (36%).

Ten slotte gaf 1 arts aan enkel over zorgplanning te spreken met patiënten, wanneer de patiënt (of de familie van de patiënt) hier zelf expliciet naar vraagt (4%).

In een volgende vraag werd bevraagd hoe artsen omgaan met de documentatie van de vroegtijdige zorgplanning van de patiënt. Ook hier waren meerdere antwoordopties mogelijk. De documentatie van de zorgplanning is immers afhanklijk van waar de patiënt op dat moment verblijft. Zo geven 20 artsen aan in een WZC gebruik te maken van het aangeboden document in deze situatie (80%). 13 van de 25 artsen (52%) kiezen ervoor om te werken met het document dat LEIF online aanbiedt. 10 artsen beweren het gesprek in losse zinnen in het elektronisch dossier samen te vatten (40%). 1 arts gebruikt ter documentatie een zelf samengesteld document (4%). Geen enkele arts gaf aan de zorgplanning niet te documenteren.

Bij een volgende bevraging werden de meningen van de deelnemers over de beslishulp geëvalueerd. 24 artsen hebben hierbij de beslishulp nuttig bevonden (96%). 19 van de 25 artsen (76%) ervaarden de beslishulp bovendien als drempelverlagend. 20 van de 25 deelnemers planden de beslishulp in de toekomst zelf te gebruiken (80%).

Ten slotte werd met een open vraag gepeild naar eventuele opmerkingen of toevoegingen.

Bespreking

Na het evalueren van de resultaten, kan algemeen besloten worden dat een digitale beslishulp ter begeleiding van gesprekken over VZP als nuttig wordt bevonden door artsen. Opvallend was dat 80 percent van de deelnemers aangaf de beslishulp ook nadien in de dagdagelijks praktijk te willen gebruiken. Bovendien gaf meer dan drie kwart van de deelnemers aan dat het gebruik van de beslishulp drempelverlagend kan werken.

De meeste artsen voeren minder dan maandelijks een gesprek over vroegtijdige zorgplanning. Opvallend was dat wel alle artsen aangaven al ooit een zorgplanning opgemaakt te hebben. Mogelijks kan dit verklaard worden door het feit dat alle artsen die wensten deel te nemen aan de studie een zekere interesse vertonen voor deze materie.
De reden dat slechts een klein deel van de artsen gesprekken regelmatig over VZP voert kunnen we wijten aan de drempels die ze ondervinden. In de literatuur worden hier redenen als tijdsgebrek, negatieve balans tijdsinvestering en financiële compensatie aangehaald. Artsen zijn vaak drie maal zo lang bezig met deze gesprekken als met een gewone consultatie[7].[10]

Ongeveer drie kwart van de deelnemers gaf aan zelf gesprekken over vroegtijdige zorgplanning aan te gaan. De artsen die niet zelf een patiënt aanspreken over dit thema, zullen hierdoor ook minder patiënten bereiken. Een studie toonde immers aan dat patiënten terughoudend zijn om zelf over dit onderwerp te beginnen.[6, 11] Ze voelen een bepaalde drempel en vinden dit de verantwoordelijkheid van de arts. Dit zou uiteraard ook een verklaring kunnen zijn voor het weinige aantal zorgplanningen die percentueel reeds bij patiënten werden opgemaakt.[5]

Er werd in de bevraging gepeild naar welke patiënten artsen vooral willen bereiken. De meeste artsen voeren het gesprek bij voorkeur bij patiënten in een palliatieve situatie. Dit komt overeen met een studie die aantoont dat bij er bij patiënten die stierven aan een kankerdiagnose anderhalf keer meer een gesprek over VZP gevoerd wordt ten opzichte van patiënten die stierven aan een niet-kankergerelateerde diagnose.[4]

Ook bij achteruitgang van een chronische ziekte vinden de meeste artsen een bespreking van dit thema noodzakelijk en verantwoord. Het valt hierbij op dat artsen het minder nodig vinden bij chronisch zieke patiënten in een klinisch stabiele situatie. Slechts een kwart van hen geven aan hier gesprekken over VZP aan te gaan. Dit staat in schril contrast tot wat de richtlijn Pallialine artsen aanbeveelt, namelijk het voeren van gesprekken in stabiele situaties. Er wordt hierin zelfs aanbevolen met gesprekken af te wachten na recente verhuis, ziekenhuisopname of achteruitgang van de medische toestand.[3]

Ook in contrast met deze richtlijn, staat het feit dat minder dan de helft van de artsen zelf initiatief neemt bij een merkelijke achteruitgang van het geheugen. Het gaat hierbij om een kwetsbare groep, waarbij er verwacht wordt dat zij in de toekomst hun wil moeilijk zullen kunnen uiten. Het blijkt uit andere naslagwerken dat in deze groep een gesprek over VZP als waardevol voor de huisarts werden bevonden[12].

Verder zien we dat een groot deel van de deelnemers gesprekken voert over VZP bij patiënten in WZC. Dit staat in schril contrast met een retrospectieve studie die aantoont dat bij slechts 1 op 3 bewoners na overlijden een verslag terug te vinden was over vroegtijdige zorgplanning.[13]

Er wordt een ongelijke verdeling waargenomen in de resultaten wat betreft de documentatie van deze gesprekken. Eerdere naslagwerken konden al concluderen dat een gebrek aan eenzijdige en duidelijke documentatie een drempel vormt bij gesprekken over VZP[13,,14]. Ook in deze bevraging wordt gemerkt dat er vaak gebruik wordt gemaakt van verschillende documenten. Zo verkiest een groot deel van de artsen in de WZC het daar aangeboden document te gebruiken, maar zien we buiten de WZC meer spreiding. Ongeveer de helft van de deelnemers kiest voor het LEIF document. Bij andere deelnemers zien we dat dit erg verschilt.

Sterkte-zwakte analyse

Bij de interpretatie van de resultaten dient men rekening te houden met de lage participatiegraad aan deze e-learning. Met een steekproefgrootte van 25 artsen is het niet mogelijk om representatieve conclusies te trekken die voor de hele huisartsenpopulatie van toepassing zouden zijn. Verder zien we een ongelijke verdeling in deelnemers wat betreft leeftijd en geografische spreiding.

De reden dat het grootste deel van de deelnemers afkomstig is van dezelfde provincie, provincie Antwerpen, heeft mogelijks te maken met de manier waarop de beslishulp verspreid werd. Hoewel de verspreiding gebeurde over heel Vlaanderen via de websites van het ICHO en Domus Medica, bevinden de wachtdiensten die werden gecontacteerd ter verspreiding zich grotendeels in de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant.

Wat betreft de leeftijdsspreiding van de deelnemers, wordt een overwegend jonge populatie waargenomen. Bij veel jonge artsen is er een grote interesse en motivatie tot bijscholing. Het kan zijn dat zij nog geen gewoonte ontwikkelden in het voeren van gesprekken over VZP en het documenteren ervan, waardoor een aanreiken van deze beslishulp bij hen meer ontvankelijk is. Bovendien lijkt het logisch dat een jongere populatie meer vertrouwd is met de digitalisering in het opmaken van deze documenten. Het omgaan met een beslishulp kwam bij de jonge arts meer aan bod in hun opleiding.

Besluit

Algemeen kan besloten worden dat het aanbod van een digitale beslishulp ter begeleiding van gesprekken over vroegtijdige zorgplanning, door artsen goed wordt onthaald. Door het gebrek van een uniform document, zeker in thuissetting, ligt de drempel voor het voeren van een gesprek over VZP hoger. De meeste artsen vinden het aanbod van deze beslishulp nuttig en het overgrote deel geeft aan deze na kennismaking ook in de dagdagelijkse praktijk te gaan gebruiken. Er kan dan ook verwacht worden dat deze beslishulp drempelverlagend kan werken in de toekomst. Er dient opgemerkt te worden dat andere barrières, zoals tijdsgebrek en delicaatheid van dit onderwerp, hiermee niet uit de weg zijn.

In de toekomst kan het verwerken van deze beslishulp in een eForm mogelijks leiden tot een grotere verspreiding en gebruik onder artsen. De eForm zou in elk medisch programma kunnen gebruikt worden en zo via een directe link bij de patiënt terecht komen. Deze eForm zou in de Sumehr van de patiënt verwerkt kunnen worden, waardoor communicatie naar tweede lijn ook digitaal kan gebeuren. Verder onderzoek naar het nut hiervan en meer ondersteuning zal nodig zijn vooraleer dit te kunnen realiseren.

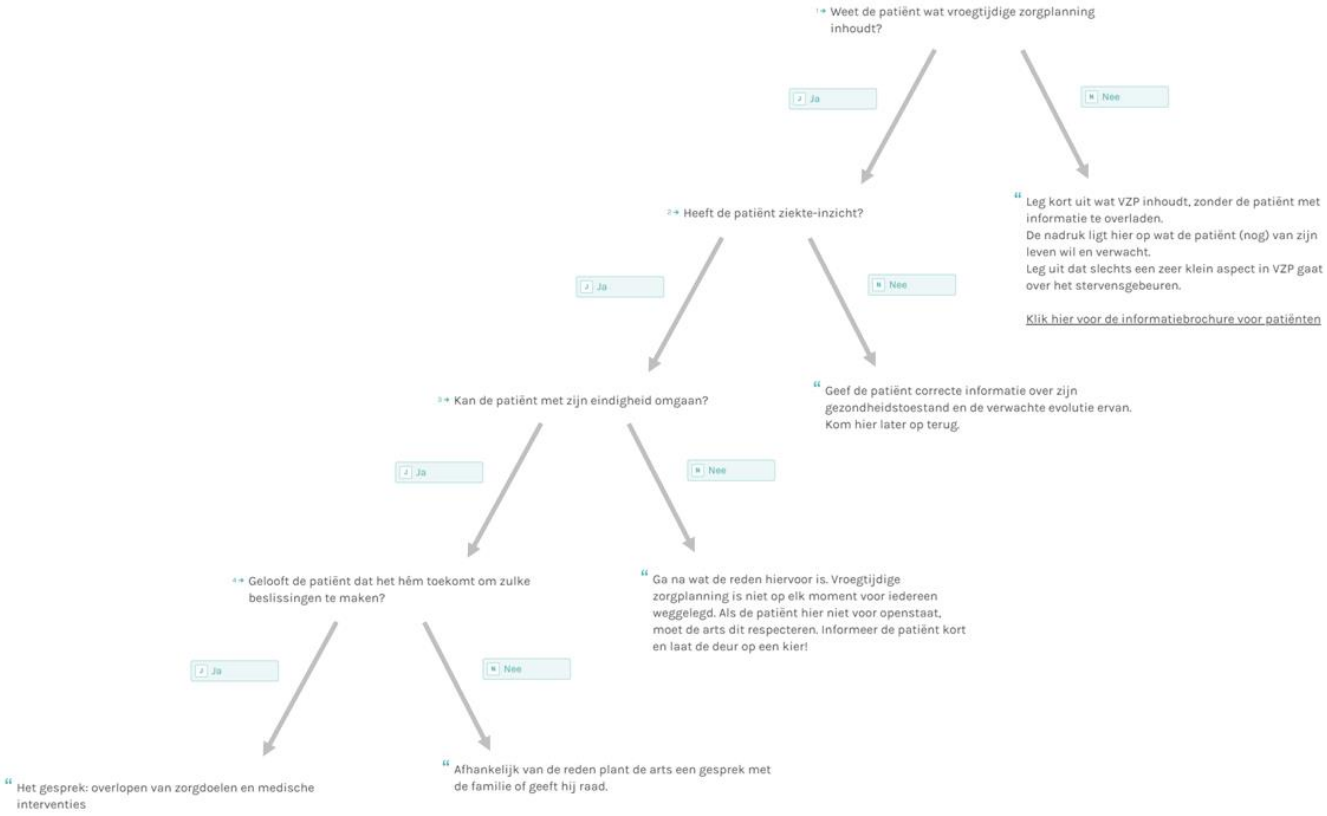
Bijlages

Bijlage 1:

Link beslishulp:

www.gezondheidenwetenschap.be/beslishulp/vroegtijdige-zorgplanning-voor-arts

Bijlage 2: Flowchart beslishulp



Bijlage 3: Zorgdoelen

5 → Onder welke categorie van zorgdoelen valt de patiënt?

- A: A: Alles doen (= verlengen of behoud van leven)
- B: B1: Behoud van functie met behandeling van acute aandoening (= geen intensieve zorgen, geen reanimatie, opname voor korte en niet-invasieve therapie)
- C: B2: Behoud van functie met behandeling van acute aandoening in thuissetting (= B1 zonder ziekenhuisopname)
- D: C: Comfortzorg (= geen uitbreiding van zorgen, met eventuele afbouw van onnodige therapie)

Bronnen

1. Deliens L., De Gendt C., D'Haene I., Meeussen K., Van Den Block L., vander Stichele R. (2009). Advance Care Plannig: overleg tussen zorgverleners, patiënten met dementie en hun naasten. Reeks: naar een dementievriendelijke samenleving. Koning Boudewijnstichting. www.kbs-frb.be

2. Vergrijzing en verzilvering in de Vlaamse steden en gemeenten. (2016) Beschikbaar op mei 2016 op https://www.vlaanderen.be/publicaties/vergrijzing-en-verzilvering-in-de-vlaamse-steden-en-gemeenten

3 Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. *Pallialine 2014.*

4.. Glaudemans J.J., Moll van Charante E.P., Willems D.L. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Family Practice 2015 Feb;32(1):16-26*

5. Deliens L., Houttekier D., Vandervoort A., Van den Block L., Vandder Stichele R., Van der Steen J.T. Advance vare plainng and pshysician order in nursing home residents with dementia: an nationwide retrosepctive study among professional caregivers and relatives. *The Journal of Pain and Symptom Managenment. 2014 Feb;47(2):245-56.*

6. Simoens I. (2018). *Vroegtijdige zorgplanning – Een praktijkverbeterend project* (Mastherthesis Huisartsgeneeskunde). Ongepubliceerd manuscript, Universiteit Gent, departement Huisartsgeneeskunde.

7 Conroy S., Fade P., Fraser A., Schiff R.: Guideline Development Group . Advance care planning: concise evidence based guidelines. *Journal of Clinical Medicine 2099 Feb; 9(1):76-9*

8. Clayton J.M. et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and en-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Medical Jounal of Australia 2007 Jun 18;186(S12):S77-S105.*

9. Tulsky J.A. Beyond Advance directive: improtance of communication skills at the end of live. *Jama 2005; 294:359-365.*

10. De Wilde E. (2013). *Vroegtijdige zorgplanning in de eerste lijn: onderzoek naar de reacties van zwaar zorgbehoevende patiënten en naar de haalbaarheid voor de huisarts* (Masterthesis Huisartsgeneeskunde). Ongepubliceerd manuscript, Universiteit Gent, departement Huisartsgeneeskunde.

11. Mc Carthy EP, Pencina MJ, Kelly-Hayes M, Evans JC, Oberacker EJ, D'Agostino RB, Risa B. Burns, Joanne M. Murabito. Advance Care Planning and Health Care Preferences of Community-Dwelling Elders: The Framingham Heart Study. *The Journals of Gerontology: 2008 Sep; 63(9): 951-9*

12 Bellon I. (20). Zijn we nog op tijd voor vroegtijdige zorgplanning bij personen met beginnende dementie? (Masterthesis Huisartsgeneeskunde). Ongepubliceerd manuscript, KULeuven, departement Huisartsgeneeskunde.

13. Lepeleire J., Lisaerde J. Stulens J., Vantroyen D. Vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum. Analyse van implementatie en zorginhoud. *Huisarts Nu; 2015; Vol. 44; iss. 3; pp. 101 – 106*

14. Heyland et al. Failure to engage hospitalised elderly patients and their families in advanced care planning. *JAMA Intern Med. 2013 May 13;173(9):778-87.*