Vroegtijdige Zorgplanning in ELZ Kortrijk: implementatie in het EMD en communicatie binnen de eerste- en tweedelijnszorg

Nel Kerckhof, KU Leuven

Cédric Meirschaert, KU Leuven

Marthe Vandendriessche, KU Leuven

Gil Verstraete, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 - 2023

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.

Dankwoord

Allereerst bedanken we onze promotor, prof. dr. Schoenmakers Birgitte voor de begeleiding van deze masterproef. Met snelle feedback werden we steeds in de goede richting geleid. Daarnaast bedanken we ook Dieter Lust en Tom De Backer van Corilus om naar ons project te luisteren en een mogelijkheid te bieden om het sjabloon te realiseren in CareConnect. Ten slotte willen we alle deelnemende huisartsen bedanken voor hun tijd en inzet. Met enthousiasme gingen zij aan de slag met het sjabloon en vulden ze achteraf de vragenlijst in. Zij waren een onmisbare schakel voor het schrijven van deze masterproef.

Inhoudsopgave

Dankwoord 3

Inhoudsopgave 4

Abstract 6

Inleiding 7

Materiaal en methoden 9

Design 9

Dataverzameling 9

Inclusie- en exclusiecriteria huisartsen 9

Inclusie- en exclusiecriteria patiënten 9

Onderzoeksverloop 9

Data analyse 10

Ethische goedkeuring 10

Resultaten 11

Demografische gegevens 11

Feedback op het sjabloon in CareConnect 11

Communicatie omtrent VZP binnen de eerste lijn en met de tweede lijn 12

Implementatie van VZP in de toekomst 13

Discussie 14

Limitaties 15

Besluit 15

Referenties 16

Zelfreflecties 20

Nel Kerckhof 20

Cédric Meirschaert 22

Marthe Vandendriessche 24

Gil Verstraete 26

Bijlagen 28
Bijlage 1: PICT (Palliative Care Indicator Tool) 28
Bijlage 2: Sjabloon VZP CareConnect 30
Bijlage 3: Informatiebrief patiënten 37
Bijlage 4: Infosessie 1 (hand-outs en videolink) 38
Bijlage 5: infosessie 2 (hand-outs en videolink) 40
Bijlage 6: Geïnformeerde toestemming huisartsen 46
Bijlage 7: Vragenlijst voor huisartsen 50
Bijlage 8: Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven 52

Abstract

Context: Iedereen heeft het recht om zijn of haar zorgwensen en -grenzen te documenteren in een vroegtijdige zorgplanning (VZP). Onvoldoende elektronische documentatie en beperkte interdisciplinaire communicatie leiden tot een moeilijke toegankelijkheid van VZP-documenten. Met deze studie willen we onderzoeken of een sjabloon in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) artsen beter kan ondersteunen.

Onderzoeksvraag: Middels een kwaliteitsverbeterend project binnen ELZ Kortrijk werd een antwoord gezocht op drie onderzoeksvragen. Er werd nagegaan hoe een VZP toegankelijk opgesteld kan worden. Vervolgens werd onderzocht of een sjabloon in het EMD de huisartsen kan ondersteunen bij het bespreken en opstellen van een VZP. Ten slotte werd een bevraging gedaan naar de drempels bij het communiceren over een VZP.

Methode: Huisartsen (n = 112) binnen ELZ Kortrijk werden uitgenodigd om deel te nemen aan het pilootproject. Het sjabloon 'Vroegtijdige Zorgplanning' werd in CareConnect geïmplementeerd. Aan de deelnemende huisartsen (n = 22) werd gevraagd om in een periode van tien maanden minimaal drie sjablonen in te vullen bij ambulante patiënten die ouder zijn dan 70 jaar en/of voldoen aan de *Palliative Care Indicator Tool* (PICT) en/of op vraag van de patiënt zelf. Nadien werd gepeild naar hun ervaring met het sjabloon via een online vragenlijst.

Resultaten: Het sjabloon blijkt voor het opstellen van een VZP een meerwaarde onder artsen. Alleen is er geen unanimiteit over welke onderdelen het sjabloon dient te bevatten. Een deel van de artsen vindt het ondertekeningsproces omslachtig en pleit voor een digitale handtekening. Integratie in de SumEhr wordt door alle artsen ondersteund, alhoewel de moeilijke toegankelijkheid als drempel wordt ervaren.

Conclusie: Artsen staan positief tegenover het gebruik van een sjabloon in het EMD voor de documentatie van een VZP. De belangrijkste ervaren beperking is de administratieve last ten gevolge van het uitprinten, ondertekenen en inscannen van het document. Een proces, waarbij patiënten het gesprek over VZP thuis voorbereiden en deze later bespreken op consultatie met het uiteindelijk ontwikkelen van een elektronisch gehandtekend document, kan in de toekomst tot meer efficiëntie leiden.

Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een toepassing van de patiëntenrechten. Deze werden juridisch gekaderd in 2002 toen de wet betreffende het recht op palliatieve zorg en de euthanasiewetgeving werd vastgelegd (1). De patiënt heeft het recht om zelf te bepalen welke zorg hij/zij wenst en deze zorgafspraken te communiceren naar familie en zorgverleners. De definitie van VZP volgens Pallialine luidt als volgt: *'VZP is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en één of meerdere zorgverleners waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland kunnen worden. Het doel van dit proces is het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over 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.'*

In de praktijk kan het opstellen van een VZP op elk levensmoment aan bod komen, doch preferentieel wanneer de patiënt zich in een stabiele medische toestand en wilsbekwame hoedanigheid bevindt. Zowel patiënten als zorgverleners kunnen hierbij de aanzet geven. Sleutelmomenten waarop dit besproken kan worden, zijn bijvoorbeeld naar aanleiding van een recente ernstige diagnose, een acute achteruitgang, naderende wilsonbekwaamheid, een opname in een woonzorgcentrum (WZC) of ziekenhuis, vragen omtrent het levenseinde in het algemeen, … VZP kan leiden tot een hogere kwaliteit van zorg, een vermindering van levensverlengende behandelingen en minder angst bij familieleden bij het nemen van beslissingen wanneer de patiënt het zelf niet meer kan (1).

Ondanks deze voordelen toont onderzoek een slechte en zelfs vaak ontbrekende documentatie, centralisatie en kwaliteit van VZP. Het is het ook moeilijk om toegang te krijgen tot eerdere VZP-documenten (2,3). Uit onderzoek in de VS blijkt dat gebrek aan tijd, onvoldoende elektronische overdracht/documentatie en angst voor het voeren van het moeilijke gesprek de drie grootste drempels zijn (2,4). Artsen geven aan dat een VZP bespreken niet vanzelfsprekend is in de praktijk. Er wordt regelmatig benadrukt dat ze hiervoor weinig vaardigheden aangeleerd hebben (5). Een beperkte opleiding via een vormingsavond of e-learning blijkt dan ook positief te worden ervaren (6).

Het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) kan een hulp zijn bij de implementatie van VZP. Patiënten kunnen op basis van bepaalde criteria in het EMD (bv. leeftijd, recente hospitalisatie, chronische ziekte status, terminale diagnose, …) geselecteerd worden. Idealiter kan hieraan een waarschuwingsvenster gekoppeld worden dat aangeeft dat deze patiënt extra belang heeft bij het opstellen van een VZP (7). Een voorbehouden tabblad om VZP te coderen leidt ook frequenter tot een uitgebreide documentatie (8). Daarnaast draagt een gestandaardiseerde manier van documenteren bij tot efficiënte en kwaliteitsvolle interdisciplinaire samenwerking. Overigens kan dit ook de vaak ontbrekende overdracht tussen huisartsen onderling en tussen de eerste en tweede lijn bevorderen (8,9). Uit onderzoek blijkt dat deze templates zeer regelmatig ontbreken in het EMD (9).

Essentieel bij het grootschalig opstellen van een VZP, is de noodzaak aan een nomenclatuur. Er komt immers heel wat kijken bij het introduceren en invullen van een VZP bij ambulante patiënten (2,10,11). Op 15/09/2022 kwam Domus Medica met het nieuws dat het nomenclatuurnummer 103692 in voege zou treden op 01/11/2022 (12). De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) heeft bepaald dat voor deze geneeskundige verstrekking het honorarium van 93,14 euro (98,09 euro na de verdeling voor de indexmassa 2023) gefactureerd mag worden via het derdebetalerssysteem (13,14). Deze mag gecumuleerd worden met een raadpleging of bezoek. Het nomenclatuurnummer 103692 mag zoals beschreven in het Koninklijk Besluit (KB) in het Belgisch Staatsblad slechts eenmalig aangerekend worden in het leven van de patiënt die als palliatief wordt geïdentificeerd volgens de Palliative Care Indicator Tool (PICT) (15). De PICT werd in 2015 in België ontwikkeld voor het identificeren van de palliatieve patiënt. In het eerste deel wordt gestart met de identificatie van de palliatieve patiënt m.b.v. drie onderdelen: de *Surprise Question* (Zou u verrast zijn als deze patiënt binnen het jaar overlijdt?), de *f* van de patiënt en de ongeneeslijkheid van de aandoening. Het tweede deel bepaalt of de patiënt al dan niet in aanmerking komt voor palliatieve zorgen aan de hand van de ernst van de zorgnoden (zie bijlage 1) (16).

Een VZP zal de zorgdoelstellingen, alsook wat de patiënt wel en niet meer wenst, moeten bevatten. Alsook dient een vertegenwoordiger aangesteld te worden. Zowel de huisarts die het globaal medisch dossier (GMD) beheert als een huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert, kan een VZP-dossier opstellen en opvolgen. Zowel de inhoud van de VZP als het bewijs van de positieve PICT dient in het medisch dossier bewaard te worden én dient via een *hub* beschikbaar te zijn voor derde-gezondheidsbeoefenaars (15).

Voor het bespreken van de zorgdoelen is er een positieve ervaring met het ABC-model waarbij A staat voor 'alles doen', B voor 'behoud van functies' en C voor 'comfortzorg' (5,17). Tegelijkertijd worden de zorgrestricties vastgelegd volgens het DNR *(Do Not Reanimate)*-model waarbij DNR 0 staat voor 'geen therapiebeperking', DNR 1 voor 'geen reanimatie en geen MUG', DNR 2 voor 'geen uitbreiding van de therapie' en DNR 3 voor 'therapie afbouwen' (18). In een negatieve wilsverklaring wordt vastgelegd welke onderzoeken of behandelingen een patiënt niet meer wenst bij wilsonbekwaamheid (19). In een positieve wilsverklaring worden de na te streven zorgdoelen van de patiënt besproken. De wilsverklaring inzake euthanasie bij onomkeerbaar coma behoort hieronder (20). Andere vormen van positieve wilsverklaringen zijn: de verklaring inzake de wijze van teraardestelling, de verklaring voor donatie van lichaamsmateriaal en de verklaring inzake de lichaamsschenking aan de wetenschap (21).

In de regio van Gent werd het eerste project in Vlaanderen uitgevoerd met gele brooddozen (22,23). Hierin wordt een boekje met belangrijke informatie uit het medisch dossier, zoals de voorgeschiedenis en het medicatieschema, bewaard. Op die manier kunnen hulpverleners die de patiënt niet kennen ook een snelle inkijk hebben in deze gegevens. De gele brooddoos wordt bewaard in de koelkast en een sticker op de buitenzijde van de koelkast geeft aan dat deze aanwezig is. Dit project vond zijn oorsprong in Canada en is daar bekend onder *Vial of Life (Life = Life-saving Information for Emergencies)* (24).

De COVID-19 pandemie confronteerde de gezondheidszorg wereldwijd met ethische dilemma's (25). Een studie van Hirakawa et al. toonde aan dat er in deze periode minder VZP's werden afgenomen door onvoldoende tijd voor gesprekken en door sociale beperkingen. Tegelijkertijd was er net een hoger bewustzijn van het belang van gesprekken rond het levenseinde (26). Een VZP zou het maken van moeilijke unilaterale beslissingen door zorgverleners en familieleden kunnen vermeden hebben (27).

Naar aanleiding van de vastgestelde problemen rond VZP hebben we besloten om een pilootproject in de eerstelijnszone (ELZ) Kortrijk op te zetten. Dit is één van de 60 eerstelijnszones in Vlaanderen (28). Elke ELZ bestaat uit een geografisch afgebakend gebied dat gevormd wordt door één of meerdere gemeenten en wordt aangestuurd door een zorgraad. Alle partners uit het zorg- en welzijnslandschap zijn erin vertegenwoordigd.

Deze masterproef beoogt antwoorden te formuleren op de volgende onderzoeksvragen middels een kwaliteitsverbeterend project:

- Hoe kan een VZP toegankelijk opgesteld worden?
- Kan een sjabloon in het EMD de huisartsen ondersteunen bij het bespreken en opstellen van een VZP?
- Wat zijn de drempels bij het communiceren over een VZP binnen ELZ Kortrijk?

Materiaal en methoden

Design

Dit pilootproject werd opgezet binnen huisartspraktijken in ELZ Kortrijk tussen 01/02/2022 en 31/12/2022. Enkel praktijken die werken met CareConnect werden geïncludeerd, aangezien Corilus, die dit softwarepakket ontwikkelde, marktleider is in België (29). Het *Product Management Team* van CareConnect werd aangeschreven om ons bij te staan bij het uitrollen van ons project. Met het oog op uniformiteit werd een sjabloon met als naam 'Vroegtijdige Zorgplanning' geïmplementeerd in het documentenoverzicht dat beschikbaar is voor alle gebruikers van CareConnect (versie 5.4, uitgerold vanaf 17/01/2022). Dit sjabloon omvat een VZP dat eenvoudig opgeslagen en uitgeprint kan worden (zie bijlage 2). Deel 1 omvat het opstellen van een DNR- en een VZP-code, gebaseerd op het document 'Zorgcodering in functie van transfers VZP (vroegtijdige zorgplanning) en DNR (zorgbeperking)' via de website Vroegtijdige Zorgplanning in West-Vlaanderen (30). Deel 2 en 3 omvatten de 'negatieve' wilsverklaring en de 'positieve' wilsverklaring inzake euthanasie bij onomkeerbaar coma, gebaseerd op het LEIFplan (LEIF = LevensEinde InformatieForum) (19,20).

Dataverzameling

Inclusie- en exclusiecriteria huisartsen

In dit project werden enkel huisartsen geïncludeerd die werkzaam zijn binnen huisartsenpraktijken in ELZ Kortrijk (bestaande uit Kortrijk, Harelbeke en Kuurne met hun deelgemeenten) en die met CareConnect werken. Volgens de lijst van Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen (HZW) telt ELZ Kortrijk 112 huisartsen (31). De statistieken tonen dat meer dan 65% van de Belgische huisartsen CareConnect als EMD gebruiken (32). Als we dit doortrekken binnen ELZ Kortrijk betekent dit ongeveer 73 huisartsen. Een *convenience sample* van 30% deelnemers werd vooropgesteld, namelijk 22 huisartsen.

Inclusie- en exclusiecriteria patiënten

Hoewel elke patiënt recht heeft op het opstellen van een VZP, includeerde deze studie enkel de patiënten die ouder zijn dan 70 jaar en/of voldoen aan de PICT en/of er zelf om vragen. Patiënten die geen Nederlands, Frans of Engels spraken werden geëxcludeerd gezien de taalbarrière. Ook wilsonbekwame patiënten en bewoners van een WZC of instelling werden geëxcludeerd wegens het bestaan van reeds andere opgestelde protocollen voor deze patiënten. Aan de patiënten die wensten een VZP op te stellen werd gevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie. Indien dit het geval was, werd een informatiebrief meegegeven (zie bijlage 3).

Onderzoeksverloop

Rekrutering huisartsen

Alle huisartsen binnen ELZ Kortrijk werden vanuit HZW via e-mail uitgenodigd voor deelname aan het project. In tweede instantie werden huisartsen ook telefonisch gecontacteerd. Na het kijken van een inleidende video online (zie bijlage 4) konden geïnteresseerden zich aanmelden. De geïnteresseerde huisartsen werden vervolgens uitgenodigd voor een uitgebreide online infosessie (zie bijlage 5) en kregen ook de mogelijkheid om tijdens een *zoom-meeting* vragen te stellen. Tot slot werd aan de huisartsen die wensten deel te nemen, gevraagd een geïnformeerde toestemming te ondertekenen (zie bijlage 6) tijdens een persoonlijk contact. Aan elke huisarts vroegen we om minstens drie VZP's op te stellen aan de hand van het sjabloon.

Opstellen van een VZP bij de geïncludeerde patiënten

Als leidraad voor het voeren van VZP-gesprekken werd de *Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning* van Pallialine gebruikt. Als bijkomende ondersteuning ter opmaak van een VZP werd het LEIFplan

aangeboden. Het proces van VZP verloopt in verschillende fases over één of meerdere gesprekken (33). Hierbij wordt getoetst naar ziekte-inzicht en naar kennis over VZP; wordt informatie gegeven over het onderwerp; worden concrete zorgdoelen geschetst en gedocumenteerd.

In het pilootproject werd gevraagd om ter documentatie het sjabloon in CareConnect te gebruiken en erna een zorgelement 'DNR # VZP #' (bv. DNR 1 VZP A) aan te maken. Aansluitend werd aanbevolen de SumEhr te (her)activeren en tot slot de VZP af te drukken en ter bewaring mee te geven met de patiënt. Dit om de continuïteit van de zorg te garanderen.

Bevraging van de deelnemende huisartsen

Op het einde van het pilootproject kregen de deelnemende huisartsen via e-mail een semigestructureerde online vragenlijst toegestuurd die anoniem ingevuld kon worden (zie bijlage 7). Enkel de persoonskenmerken 'geslacht' en 'geboortejaar' werden bevraagd.

Vervolgens werden een aantal stellingen voorgelegd waarbij via een *Likert scale* gevraagd werd in hoeverre men hiermee akkoord ging. Er werd gepeild naar hun voorgaande ervaring met het opstellen van een VZP alsook de ervaringen tijdens deze studie. Daarnaast werd nagegaan wat ze van het gebruik van het sjabloon in het EMD vinden en of ze een uitprint voor de patiënt om thuis te bewaren als een meerwaarde ervaren. Vervolgens werden de ondervonden drempels rondom de communicatie over VZP binnen de ELZ bevraagd. Tot slot werd gevraagd of ze in de toekomst dachten vaker een VZP op te stellen bij hun patiënten en of de nieuwe nomenclatuur een extra motivatie is.

Data analyse

De univariate beschrijvende statistiek werd uitgevoerd met SPSS 28.0. Een aantal antwoorden werden samen genomen: De leeftijden van de deelnemende huisartsen werden onderverdeeld in twee categorieën: < 40 jaar en ≥ 40 jaar. Ook de voorafgaande ervaring werd opgesplitst in slechts twee groepen, namelijk wel reeds ervaring met VZP (regelmatig of sporadisch) of geen voorafgaande ervaring met VZP. Verder werd het aantal ingevulde VZP's aan de hand van het sjabloon onderverdeeld in de groepen < 3, 3 tem 10 en > 10. Tot slot werd bij de stellingen de antwoorden 'helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord' samen genomen, alsook 'akkoord' en 'helemaal akkoord'.

Ethische goedkeuring

Deze studie werd op 18/01/2022 goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP018672) (zie bijlage 8).

Resultaten

In totaal werden 25 huisartsen geïncludeerd in het pilootproject. Drie huisartsen onder hen werden geëxcludeerd omwille van het niet invullen van de vragenlijst op het einde van het project.

Demografische gegevens

Onder de 22 deelnemende huisartsen waren er 15 mannen en 7 vrouwen (zie tabel 1). De mediane leeftijd was 34 jaar (range 28-73), 16 huisartsen behoorden tot de leeftijdsgroep < 40 jaar. De meerderheid van hen (86.4%) had reeds voorafgaande ervaring met het opstellen van een VZP waarvan 6 zelfs regelmatig. Er waren 3 artsen die nog nooit een VZP hadden opgesteld. Alle huisartsen vonden het opstellen van een VZP nuttig. Er waren 5 huisartsen die minder dan het vooropgestelde aantal van 3 VZP's hadden opgesteld aan de hand van het sjabloon, 16 huisartsen die er tussen de 3 en 10 ingevuld hadden en 1 huisarts die er meer dan 10 gedaan had.

		Geobserveerde frequentie n (%)
Leeftijd		
Mediaan	34	
Gemiddelde	40	
Range	28-73	
Leeftijdsgroep < 40 jaar		16/22 (72.7%)
Leeftijdsgroep ≥ 40 jaar		6/22 (27.3%)
Geslacht		
Man		15/22 (68.2%)
Vrouw		7/22 (31.8%)
Vooraf reeds ervaring met VZP?		
Ja, regelmatig		6/22 (27.3%)
Ja, sporadisch		13/22 (59.1%)
Nee		3/22 (13.6%)
Aantal opgestelde VZP's via het sjabloon		
< 3		5/22 (22.7%)
3 – 10		16/22 (72.7%)
> 10		1/22 (4.5%)

Tabel 1

Feedback op het sjabloon in CareConnect

De meerderheid van de huisartsen (81.8%) vond het sjabloon een goede ondersteuning bij het opstellen van een VZP, 1 huisarts (4.5%) vond dit niet het geval en de overige 3 (13.6%) stonden hier neutraal tegenover (zie tabel 2). Daarnaast vonden 14 huisartsen (63.7%) dat een VZP opstellen via het sjabloon tijdsefficiënter verliep terwijl de overige 8 (13.6%) hier geen verschil in merkten.

Globaal vonden 19 huisartsen (86.4%) het een goed sjabloon (zie tabel 2), doch 10 artsen (54.5%) wilden wel wat aanpassingen.

Inhoudelijk werd er onder andere door iemand gesuggereerd de positieve wilsverklaring niet op te nemen in het dossier.

"Positieve wilsverklaring euthanasie zou ik niet opnemen in het sjabloon."

Een andere huisarts wenste de positieve wilsverklaring juist wel op te nemen in het sjabloon, maar met een extra woordje uitleg.

"Ik zou bij deel 3: Positieve wilsverklaring euthanasie, in enkele zinnen uitleggen wat dit inhoudt en in welke situatie dit van toepassing is. Ik merk dat er bij patiënten verwarring ontstaat wanneer de

negatieve wilsverklaring van toepassing is, en in welke situaties de wilsverklaring euthanasie. Tijdens een consult kan dit verhelderd worden, maar wanneer patiënten deze sjablonen meenemen naar huis, bv. ter bespreking met familieleden, ontstaat soms verwarring hierrond."

Iemand bemerkte dat de ABC-codering sterk kan verschillen per diagnose en dat daar momenteel in het sjabloon geen mogelijkheid voor is om hier een onderscheid in te maken.

"ABC-zorgcodering kan heel sterk verschillen per diagnose cardiaal, renaal, tumoraal, orthopedisch - daar misschien nog een onderscheid in maken."

Één arts gaf de opmerking dat hij het sjabloon liever wat *"minder omslachtig"* wenste en een andere arts had voornamelijk een opmerking over de lay-out.

"Praktisch wat vervelend dat je het formulier niet op volledige schermgrootte kunt zetten tijdens het invullen samen met de patiënt."

Verder werd door 2 huisartsen gesuggereerd dat de mogelijkheid van een digitale handtekening het gebruiksgemak zou verbeteren.

"Mogelijkheid tot digitaal ondertekenen zodat een print-out en scan kan worden uitgespaard."
"Handtekening mogelijk zodat het meteen als officieel document bruikbaar is."

Tot slot werd aangehaald dat er weinig verschil is met de papieren versie van het LEIFplan.

"Gezien LEIF ook boekjes heeft die je kan invullen, vullen mijn patiënten het boekje in en steek ik dit als een scan in het dossier."
"Nu vond ik weinig meerwaarde ten opzichte van een uitgeprinte versie."

Communicatie omtrent VZP binnen de eerste lijn en met de tweede lijn

Bijna alle huisartsen (95.5%) zouden het een meerwaarde vinden om een uitprint van de besluiten van de VZP thuis bij de patiënt te bewaren (zie tabel 2). De meerderheid onder hen (59.1%) vindt het positief om een afschrift van de VZP te combineren met het gele dozen project; 4 huisartsen (18.2%) stonden hier neutraal tegenover en 5 artsen (22.7%) vonden dit geen goed idee. Wel vinden alle deelnemende huisartsen (100%) dat een VZP moet kunnen geïncludeerd worden in de SumEhr.

Bij de bevraging van de drempels omtrent de communicatie over VZP gaven 8 huisartsen (36.4%) aan dat er te weinig contact en/of overleg is tussen huisartsen en verpleegkundigen/kinesitherapeuten/… binnen de eerste lijn (zie tabel 2). Evenveel artsen waren het hier echter niet mee eens en 6 artsen (27.3%) hielden zich in het midden. Wel was de meerderheid (86.4%) het eens dat informatie omtrent een VZP van een patiënt moeilijk te raadplegen is tijdens wachtdiensten.

Andere drempels die door de huisartsen zelf werden aangegeven hebben voornamelijk te maken met het gebrek aan een uniform, vlot consulteerbaar platform voor VZP's alsook de huidige ongemakken om een SumEhr te raadplegen.

"Een SumEhr raadplegen is tijdens de wacht erg complex."

"Doorstroming naar 2e lijn is vaak moeilijk aangezien ze de SumEhr niet steeds consulteren."

"Korte samenvatting – vlot te consulteren."

"Er is niet 1 platform/kanaal waar alle betrokken zorgverleners de info van VZP kunnen terugvinden. De gele doos kan hierbij een hulpmiddel zijn, maar als dit digitaal zou beschikbaar zijn voor alle betrokken hulpverleners, zou dit het wel werkbaarder maken."

Tot slot werd aangehaald dat de eerste stap natuurlijk blijft dat patiënten gemotiveerd worden om een VZP op te stellen en dat dit op heden zeer tijdsintensief is.

"Patiënt overtuigen en motiveren om een VZP op te stellen."

"Wat meer standaard/simpele uitleg op leif.be of een gemakkelijker stappenplan zou aangenaam zijn/wat tijdswinst geven."

Implementatie van VZP in de toekomst

Zo'n 16 huisartsen (72.7%) denken, na deelname aan dit pilootproject, vaker een VZP op te stellen (zie tabel 2). De overige 6 (27.3%) reageerden neutraal op deze stelling.

Tot slot werd gevraagd of men vindt dat de nieuwe nomenclatuur een extra stimulans is om een VZP op te stellen bij patiënten. Hierop antwoordde de helft (50%) dat dit het geval was. Zes huisartsen (27.3%) antwoordden hierop negatief en 5 (22.7%) stelden zich neutraal op.

	Niet akkoord	***Neutraal***	***Akkoord***
Stelling	n (%)		
Ik vind het sjabloon in CareConnect een goede ondersteuning bij het opstellen van een VZP.	1/22 (4.5%)	3/22 (13.6%)	18/22 (81.8%)
Ik vind dat een VZP opstellen met een sjabloon tijdsefficiënter verloopt.	0/22 (0%)	8/22 (36.4%)	14/22 (63.6%)
Ik vond het een goed sjabloon en duidelijke lay-out met de gekende ABC en DNR codering.	0/22 (0%)	3/22 (13.6%)	19/22 (86.4%)
Ik vind het een meerwaarde dat de besluiten van een VZP in een uitprint bij de patiënt thuis te vinden zijn.	0/22 (0%)	1/22 (4.5%)	21/22 (95.5%)
Ik vind het positief om het afschrift te combineren met het 'gele dozen project' in Zuid-West-Vlaanderen.	5/22 (22.7%)	4/22 (18.2%)	13/22 (59.1%)
Ik vind het een meerwaarde dat de besluiten van een VZP ook in de SumEhr geïntegreerd kunnen worden.	0/22 (0%)	0/22 (0%)	22/22 (100%)
Er is te weinig contact of overleg tussen huisartsen en verpleegkundigen/kinesitherapeuten/…	8/22 (36.4%)	6/22 (27.3%)	8/22 (36.4%)
Tijdens wachtdiensten is het moeilijk om info omtrent de VZP te kunnen raadplegen.	0/22 (0%)	3/22 (13.6%)	19/22 (86.4%)
In de toekomst denk ik, na deelname aan deze studie, vaker een VZP te zullen opstellen.	0/22 (0%)	6/22 (27.3%)	16/22 (72.7%)
De nomenclatuur voor VZP (sinds 1 november 2022) is een extra motivatie om een VZP te bespreken met patiënten.	6/22 (27.3%)	5/22 (22.7%)	11/22 (50%)

Tabel 2

Discussie

De meerderheid van de artsen die deelnam aan het pilootproject vindt het sjabloon in CareConnect een goede ondersteuning bij het opstellen van een VZP. Zij beamen dat dit op een tijdsefficiënte manier opgemaakt kan worden. Enkele deelnemende huisartsen stellen voor om de positieve wilsverklaring niet te integreren in het sjabloon. Verder wordt het proces van uitprinten, ondertekenen en opnieuw inscannen van het document door sommigen als omslachtig ervaren. De mogelijkheid om een digitale handtekening te kunnen plaatsen wordt naar voren geschoven als een eventueel alternatief.
Bijna alle deelnemende huisartsen zouden het een meerwaarde vinden om een uitprint van de besluiten van een VZP bij de patiënt thuis te bewaren. Alle deelnemende huisartsen zouden het nuttig vinden om een VZP te integreren in de SumEhr. De belangrijkste ervaren drempel bij de communicatie omtrent VZP is de moeilijke toegankelijkheid van de VZP-documenten tijdens een wachtdienst. Verder wordt ook aangehaald dat de SumEhr nog niet vlot raadpleegbaar is en dat deze in de tweede lijn niet altijd geraadpleegd wordt. Daarnaast is er het gebrek aan een uniform, vlot raadpleegbaar platform voor VZP's.

De literatuur concludeert dat het gebruik van sjablonen het aantal VZP-gesprekken kan doen toenemen en ook de kwaliteit kan verhogen (2,34,35). Een Amerikaanse systematische review van Huber et al. bevestigt dat enerzijds de inhoud van sjablonen sterk verschilt, maar anderzijds ook de al dan niet gestructureerde opbouw. Men kan besluiten dat de DNR-code het enige onderdeel is dat elk geïncludeerd sjabloon omvat. In het algemeen wordt aanbevolen dat het sjabloon de volgende onderdelen bevat: de deelnemers van het gesprek, de vertrouwenspersoon, de behandelwensen en -grenzen, de zorgdoelstellingen en de prognose (2). Het bespreken van de mogelijkheid om een positieve wilsverklaring op te stellen is een vereiste om de nomenclatuur voor VZP te mogen aanrekenen in België (15). Het effectief opstellen van een positieve wilsverklaring is daarentegen niet verplicht, net zomin als het opstellen van een negatieve wilsverklaring. Idealiter kan de patiënt in het uiteindelijke sjabloon aangeven wat de specifieke wensen zijn, mits bevestiging dat alle mogelijkheden overlopen werden. Verder onderzoek naar kwaliteitsindicatoren is nodig ter standaardisatie van deze sjablonen.

Interviews tonen aan dat artsen het proces van uitprinten, ondertekenen en opnieuw inscannen van het VZP-document als omslachtig ervaren (36). Uit onderzoek in Californië blijkt dat slechts 33,5% van de besproken VZP's effectief terug te vinden is als een legaal gescand document in het EMD (37). Verder kan het computersysteem de inhoud van een gescand document moeilijk of niet verwerken (9). Voor meer tijdsefficiëntie wordt de optie van een digitale handtekening naar voren geschoven als mogelijk alternatief (9,38). Op heden is dit in België nog niet mogelijk. Binnen CareConnect bestaan reeds verschillende elektronische formulieren (eForm) (bv. preoperatief beleid E17) die samen met de patiënt ingevuld kunnen worden. Via het Helena-portaal is het mogelijk deze naar de patiënt te versturen (39). In Nederland kunnen personen op de website exit.nl online hun wensverklaring toelichten via een gestructureerde vragenlijst. Deze kunnen zij dan uitprinten en met hun huisarts bespreken (40).

Een Nederlandse studie toont dat de informatieoverdracht tussen zorgverleners in de eerstelijns terminale zorg als knelpunt wordt ervaren (41). Uit interviews met zowel patiënten, hun familie en zorgverleners bleek dat een bij de patiënt thuis bewaarde uitprint van een VZP hierbij kan helpen, maar veel hangt af van hoe goed deze documenten voorhanden zijn. Een standaard plaats vergemakkelijkt het vinden van deze documenten in precaire situaties. Patiënten daarentegen willen deze documenten soms niet té zichtbaar bewaren zodat ze er niet continu aan herinnerd worden (42). Verder ervaren sommige patiënten het bijhouden van een papieren document als omslachtig (43). Bovendien is het ook belangrijk dat deze afgedrukte of handgeschreven documenten up-to-date blijven (42).

Een digitale bewaring van VZP-documenten zou de toegankelijkheid alsook het up-to-date houden ervan kunnen faciliteren. Zowel patiënten als zorgverleners staan hier positief tegenover (9,43). Uit

een studie van Lamas et al. bleek dat zorgverleners nood hebben aan een centrale plaats om alle VZP data te verzamelen (9). Ze vinden het hierbij belangrijk dat zowel de oude als huidige VZP info voorhanden is alsook dat de patiënt zelf hier toegang tot heeft. In enkele landen wordt er reeds dergelijk elektronisch platform voorzien voor VZP-documenten, bv. *'EPaCCs'* in het VK en *'EpicCare'* in de VS (42,44). Huisartsen maken zich vooral zorgen dat een apart platform extra werk met zich mee kan brengen. Idealiter dient het platform dus compatibel te zijn met het eigen EMD. Verder wordt ook aangehaald dat het belangrijk is dat deze data vlot toegankelijk moet zijn tijdens huisbezoeken (42).

In België wordt gebruik gemaakt van de SumEhr om relevante medische informatie van patiënten uit te wisselen tussen artsen (45). Een voorwaarde voor integratie in de SumEhr is het gebruik van gecodeerde informatie, waarbij op heden nog geen specifieke ICPC-code voor een VZP bestaat (46). Studies maken daarom gebruik van de code A20, namelijk 'verzoek om/gesprek over euthanasie'. Ook al wordt euthanasie niet besproken, het is de ICPC-code die het meest aanleunt bij een VZP-gesprek (47,48). In het EMD kan als alternatief ook een niet-gecodeerd zorgelement aangemaakt worden (bv. DNR 1 VZP A). Het RIZIV schrijft dat implementatie in de SumEhr vermoedelijk ter beschikking komt tegen de zomer van 2023 (13).

Een studie in Ierland van Somal et al. toont aan dat huisartsen aangeven dat de financiële compensatie voor het afnemen van een VZP ondermaats is (49). In België bestaat sinds 1 november 2022 een verstrekking voor VZP, die kan aangerekend worden bij patiënten die voldoen aan de PICT (15). Een Amerikaanse studie toont dat een vergoeding weinig bijdraagt tot meer VZP-gesprekken (50). Drempels zoals moeilijke documentatie en tijdsgebrek hebben een grotere impact op het aantal VZP-gesprekken dan een vergoeding.

Limitaties

De belangrijkste limitatie van de studie is de relatief kleine steekproefgrootte, enerzijds door enkel artsen met CareConnect als EMD te includeren en anderzijds door de afgebakende zone van ELZ Kortrijk te respecteren. Verder is er selectiebias aangezien we niet weten om welke redenen huisartsen beslisten niet deel te nemen en ook informatiebias aangezien het om een semigestructureerde vragenlijst ging. Door het ontbreken van een ICPC-code 'vroegtijdige zorgplanning' kon de integratie in de SumEhr moeilijk geëvalueerd worden. Het sjabloon kon ook efficiënter gemaakt worden via de ontwikkeling van een eForm, maar dit vraagt meer budget in de toekomst. Tot slot konden in onze studie alle patiënten geïncludeerd worden die voldoen aan de PICT en/of ouder zijn dan 70 jaar en/of er zelf om vragen. In het KB zijn de criteria voor het aanrekenen van de nomenclatuur strenger, namelijk enkel patiënten die voldoen aan de PICT.

Besluit

Huisartsen vinden het sjabloon in CareConnect een goede ondersteuning bij het opstellen en documenteren van een VZP. De administratieve last die hierbij komt kijken, wordt als een drempel ervaren. Idealiter kan de VZP geïntegreerd worden in de SumEhr, maar op heden kan dit enkel via een niet-gecodeerd zorgelement. Meer onderzoek is nodig naar de standaardisatie van sjablonen, het elektronisch handtekenen van medische informatie en de implementatie binnen een digitaal platform dat geraadpleegd kan worden door zowel de patiënt als de betrokken hulpverleners.

Referenties

1. Van Mechelen W, Van den Eynde J, De Lepeleire J. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning [Internet]. Vilvoorde, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. 2015 [cited 2021 May 2]. Available from: www.pallialine.be

2. Huber MT, Highland JD, Krishnamoorthi VR, Tang JW-Y. Utilizing the Electronic Health Record to Improve Advance Care Planning: A Systematic Review. Am J Hosp Palliat Med. 2018;35(3):532–41.

3. Watson A, Weaver M, Jacobs S, Lyon ME. Interdisciplinary Communication: Documentation of Advance Care Planning and End-of-Life Care in Adolescents and Young Adults with Cancer. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 May 3];21(3):215–22. Available from: /pmc/articles/PMC6499677/

4. Howard M, Bernard C, Klein D, Elston D, Tan A, Slaven M, et al. Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care: Survey of health care providers. Can Fam Physician [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2021 May 16];64(4):e190–8. Available from: /pmc/articles/PMC5897087/

5. Leysen B, Van Immerseel A, Wens J, Van Den Eynden B. Vroegtijdige zorgplanning bij patiënten met chronisch hartfalen. Deel 2: Barrières ervaren door huisartsen en cardiologen. Huisarts Nu [Internet]. 2013 [cited 2021 May 16];32(2):137–41. Available from: https://www.researchgate.net/publication/260704804_Vroegtijdige_zorgplanning_bij_patienten_met_chronisch_hartfalen_Deel_2_Barrieres_ervaren_door_huisartsen_en_cardiologen

6. Nassikas NJ, Baird GL, Duffy CM. Improving Advance Care Planning in a Resident Primary Care Clinic. Am J Hosp Palliat Med [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 May 16];37(3):185–90. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909119872757

7. Kamo N, Williams BL, Smith DL, Craig Blackmore C. Improving the Electronic Capture of Advance Care Directives in a Healthcare Delivery System. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2017 [cited 2021 May 3];65(5):973–9. Available from: https://www.

8. Turley M, Wang S, Meng D, Kanter M, Garrido T. Impact of a Care Directives Activity Tab in the Electronic Health Record on Documentation of Advance Care Planning. Perm J [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 May 3];20(2):43–8. Available from: /pmc/articles/PMC4867824/

9. Lamas D, Panariello N, Henrich N, Hammes B, Hanson LC, Meier DE, et al. Advance Care Planning Documentation in Electronic Health Records: Current Challenges and Recommendations for Change. J Palliat Med [Internet]. 2018 [cited 2021 May 3];21(4):522–8. Available from: www.liebertpub.com

10. Okerman G, Huysmans G, Stevens J, Pype P. Webinar: Vroegtijdige zorgplanning - over het hoe en waarom [Internet]. Domus Medica. 2021 [cited 2021 May 3]. Available from: https://www.domusmedica.be/vorming/agenda/webinar-vroegtijdige-zorgplanning-over-het-hoe-en-waarom

11. Tung EE, Vickers KS, Lackore K, Cabanela R, Hathaway J, Chaudhry R. Clinical Decision Support Technology to Increase Advance Care Planning in the Primary Care Setting. Am J Hosp Palliat Med [Internet]. 2011 [cited 2021 May 3];28(4):230–5. Available from: http://ajhpm.sagepub.com

12. Nieuw nomenclatuurnummer voor het proces van vroegtijdige zorgplanning [Internet]. Domus Medica. 2022 [cited 2022 Sep 15]. Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/nieuw-nomenclatuurnummer-voor-het-proces-van-vroegtijdige-zorgplanning

13. Advance Care Planning: anticiperen op een betere zorg voor uw palliatieve patiënten [Internet]. RIZIV. 2022 [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/advanc-care-planning-anticiperen-betere-zorg-patient-palliatief.aspx#Hoeveel_bedraagt_het_honorarium_voor_ACP

14. Honoraria, prijzen en tegemoetkomingen van artsen - Raadplegingen en bezoeken [Internet]. RIZIV. 2022 [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/arts-deel1.aspx

15. Vandenbroucke F. Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkerin. Belgisch Staatsblad Oct 3, 2022 p. 71231–2.

16. Palliative Care Indicator Tool (PICT) [Internet]. Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/pict/

17. Stulens J, Vantroyen D, Lisaerde J, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum. Huisarts Nu. 2015 Jun;44(3):101–6.

18. DNR en de negatieve wilsverklaring [Internet]. LEIF. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: https://leif.be/vragen-antwoorden/dnr-en-de-negatieve-wilsverklaring/

19. Negatieve wilsverklaring [Internet]. LEIF. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/negatieve-wilsverklaring/

20. Wilsverklaring euthanasie [Internet]. LEIF. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/wilsverklaring-euthanasie/

21. LEIFplan [Internet]. LEIF. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/leifplan/

22. Van Meer A. Gele brooddoos in koelkast kan levens redden: “Hulpverleners besparen zo veel tijd.” VRT NWS [Internet]. 2020 Mar 10 [cited 2021 Apr 25]; Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/03/10/gele-brooddoos-in-koelkast-kan-levens-redden-hulpverleners-besp/

23. Van Meer A. Proefproject met gele brooddoos die levens redt, breidt uit: “Hopelijk ook succes in andere Gentse wijken.” VRT NWS [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 25]; Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/01/05/proefproject-met-gele-brooddoos-die-levens-redt-breidt-uit-succ/

24. Vial of Life | How it Works [Internet]. Vial of Life. 2000 [cited 2021 Apr 25]. Available from: https://www.vialoflife.com

25. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions about Do-Not-Resuscitate Orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Vol. 323, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2020 [cited 2021 May 2]. p. 1771–2. Available from: http://theconversationproject.org.

26. Hirakawa Y, Saif-Ur-Rahman KM, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H. Implementation of advance care planning amid the COVID-19 crisis: A narrative review and synthesis. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2021 Sep [cited 2023 Jan 31];21(9):779–87. Available from: /pmc/articles/PMC8444945/

27. Hopkins SA, Lovick R, Polak L, Bowers B, Morgan T, Kelly MP, et al. Reassessing advance care planning in the light of covid-19. BMJ [Internet]. 2020 [cited 2021 May 2];369:m1927. Available from: http://group.bmj.com/group/rights-licensing/

28. Wat is een eerstelijnszone? [Internet]. Eerstelijnszone - VIVEL. [cited 2021 May 2]. Available from: https://www.eerstelijnszone.be/wat-is-een-eerstelijnszone

29. CareConnect - software voor huisartsen [Internet]. Corilus. [cited 2021 Dec 29]. Available from: https://www.corilus.be/general-practitioner/careconnect

30. Netwerk palliatieve zorg De Mantel vzw. Zorgcodering in functie van transfer VZP (vroegtijdige zorgplanning) en DNR (zorgbeperking) [Internet]. Vroegtijdige zorgplanning in West-Vlaanderen. 2016 [cited 2021 May 2]. Available from: http://www.vzpwvl.be/Resultaat/zorgcodering-in-functie-van-transfer-vzp-vroegtijdige-zorgplanning-en-dnr-zor

31. Onze artsen [Internet]. HZW. 2021 [cited 2021 Dec 29]. Available from: https://www.hzw.be/over-hzw/onze-artsen/

32. Aantal gebruikers per softwarepakket [Internet]. Vitalink. 2022 [cited 2023 Jan 31]. Available from: https://www.vitalink.be/aantal-gebruikers-per-softwarepakket

33. Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen - Over vroegtijdige planning van de zorg [Internet]. Palliatieve Zorg Vlaanderen. 2009 [cited 2023 Jan 31]. Available from: moz-extension://12a24dac-4e7a-4762-aa87-ec4e0bb9b29e/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fpalliatievezorgvlaanderen.be%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F06%2F4.-Het_levenseinde_teruggeven_aan_de_mensen-2009.pdf

34. Frechman E, Dietrich MS, Walden RL, Maxwell CA. Exploring the Uptake of Advance Care Planning in Older Adults: An Integrative Review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Apr 5];60(6):1208–22. Available from: /pmc/articles/PMC7342022/

35. De Vleminck A, Houttekier D, Deliens L, Vander Stichele R, Pardon K. Development of a complex intervention to support the initiation of advance care planning by general practitioners in patients at risk of deteriorating or dying: A phase 0-1 study. BMC Palliat Care [Internet]. 2016 Feb 11 [cited 2023 Apr 5];15:1–10. Available from: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0091-x

36. Dillon E, Tai-Seale M, Chuang J, Gupta A, Tapper S, Lai S, et al. Provider Perspectives on Advance Care Planning Documentation in the Electronic Health Record: The Experience of Primary Care Providers and Specialists Using Advance Health Care Directives and Physician Orders for Life-Sustaining Treatment HHS Public Acces. Am J Hosp Palliat Med. 2017;34(10):918–24.

37. Wilson CJ, Newman J, Tapper S, Lai S, Cheng PH, Wu FM, et al. Multiple Locations of Advance Care Planning Documentation in an Electronic Health Record: Are They Easy to Find? J Palliat Med [Internet]. 2013 Sep 16 [cited 2023 Mar 24];16(9):1089–94. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2012.0472

38. Lum HD, Brungardt A, Jordan SR, Phimphasone-Brady P, Schilling LM, Lin C-T, et al. Design and Implementation of Patient Portal-based Advance Care Planning Tools. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 25];57(1):112–7. Available from: www.prepareforyourcare.org

39. eForm préoperatief beleid E17 | CareConnect [Internet]. Corilus. [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://careconnectmanual.corilus.be/nl/content/eform-préoperatief-beleid-e17

40. Wensverklaring laatste levensfase [Internet]. Exit.nl. 2021 [cited 2023 Mar 24]. Available from: https://exit.nl/form/wensverklaring

41. Evering R, Makonga-Braaksma J, Uitdehaag M, den Ouden M. Telehealth. Pallium [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2023 Mar 25];22(5):23–5. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s12479-020-0821-x

42. Standing H, Patterson R, Lee M, Dalkin SM, Lhussier M, Bate A, et al. Information sharing challenges in end-of-life care: a qualitative study of patient, family and professional perspectives on the potential of an Electronic Palliative Care Co-ordination System. BMJ Open. 2020;10:e037483.

43. Jordan SR, Brungardt A, Phimphasone-Brady P, Lum HD. Patient Perspectives on Advance Care Planning via a Patient Portal. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Apr 2];36(8):682–7. Available from: /pmc/articles/PMC6602833/

44. Tai-Seale M, Yang Y, Dillon E, Tapper S, Lai S, Yu P, et al. Community-Based Palliative Care and Advance Care Planning Documentation: Evidence from a Multispecialty Group. J Am Geriatr Soc. 2018;66(2):327–32.

45. EMD Samenvatten: Sumehr [Internet]. Domus Medica. 2022 [cited 2023 Mar 25]. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/emd-samenvatten-sumehr

46. ICPC-3 [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: https://www.icpc-3.info/

47. Azizi B, Tilburgs B, van Hout HPJ, van der Heide I, Verheij RA, Achterberg WP, et al. Occurrence and Timing of Advance Care Planning in Persons With Dementia in General Practice: Analysis of Linked Electronic Health Records and Administrative Data. Front Public Heal [Internet]. 2022 Mar 22 [cited 2023 Mar 25];10:653174. Available from: /pmc/articles/PMC8980429/

48. Ott B, Van Thiel G, Van Delden H. Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen. Huisarts Wet [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 25];57(12):650–2. Available from: www.henw.org.

49. Somal K, Foley T. General practitioners' views of advance care planning: a questionnaire-based study. Ir J Med Sci [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Mar 25];191(1):253–62. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-021-02554-x

50. Tsai G, Taylor DH. Advance care planning in Medicare: an early look at the impact of new reimbursement on billing and clinical practice. BMJ Support Palliat Care [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Mar 25];8(1):49–52. Available from: https://spcare.bmj.com/content/8/1/49

Zelfreflecties

Nel Kerckhof

Als startende HAIO had ik regelmatig frustraties tijdens wachten, maar ook in dagelijkse praktijk, over het ontbreken van documentatie over VZP. Bij navraag merkte ik dat er vaak wel al over VZP gesproken was met de patiënt, maar dat dit zelden op papier of in het EMD neergeschreven stond. Als er dan wel al zaken genoteerd waren, dan was het meestal niet toegankelijk voor andere artsen dan de eigen huisarts. Ik had dus al snel het idee dat ik voor mijn masterproef rond dit thema wilde werken. Meer nog, ik wilde een eerste stap kunnen zetten naar een betere documentatie en toegankelijkheid van VZP-besluiten.

Gezien ik een project wilde opzetten, ging mijn voorkeur uit naar een groepswerk. Al snel hoorde ik van 3 mede-HAIO's, tevens vrienden, dat zij ook wel interesse hadden in het onderwerp. Na het zoeken van een promoter kwam het er nog op neer om te kiezen wat we exact wilden doen en welke onderzoeksvragen we daarmee wilden nagaan.

Oorspronkelijk zagen we het heel groots. We wilden het multidisciplinair aanpakken en dus ook thuisverpleegkundigen en kinesitherapeuten betrekken. Daarnaast wilden we een eForm als sjabloon kunnen gebruiken, maar daar stootten we op een financiële drempel bij Corilus. Ook wilden we een codering verkrijgen voor Vroegtijdige Zorgplanning. Echter, na contact op te nemen met eHealth moesten we dat voornemen laten varen. Uiteindelijk besloten we het dus kleiner aan te pakken: Een proefproject binnen ELZ Kortrijk, bij huisartsen die met CareConnect werken. Het sjabloon dat we ontwierpen voor het documenteren van VZP in CareConnect werd een simpel invuldocument.

Na het uitdenken van de onderzoeksvragen en hoe we het project zouden opzetten, kwam het tweede en voor mij ook meest frustrerende deel: het includeren van huisartsen. We dachten alle vier dat het heel vlot zou gaan en we dus gemakkelijk het vooropgestelde aantal van 22 huisartsen zouden kunnen includeren, zeker toen we vernamen dat er 112 huisartsen werkzaam zijn in ELZ Kortrijk. Maar het tegendeel werd al snel duidelijk toen we na het uitsturen van een eerste e-mail weinig reactie kregen. Ook een tweede e-mail leverde ons weinig extra huisartsen op. Uiteindelijk besloten we om elke huisarts(enpraktijk) persoonlijk op te bellen. Ook hier merkten we dat het niet zo evident was om huisartsen warm te maken, maar we vonden toch 25 enthousiaste huisartsen waarvan er uiteindelijk 22 effectief deelnamen.

In de groep had ik, zeker in het eerste jaar, een leidende maar ook trekkende rol. Vooral bij de opstart met het schrijven van de inleiding en het opzetten van het project was dit het geval. Eens we begonnen met het effectief uitschrijven van de resultaten en de discussie ging het wel heel wat vlotter en moest ik minder die 'trekkende' rol op mij nemen. Ik schakelde toen over naar een meer coördinerende rol. Tijdens de laatste maanden merkte ik dat ik mezelf soms wat moest motiveren om verder te werken aan de masterproef. Dit mede omdat onze masterproef deadline en mijn trouwdatum minder dan 1 week uit elkaar liggen en dit ervoor zorgde dat ik, vooral de laatste maanden, naast het schrijven ook nog heel wat andere zaken aan mijn hoofd had.

Bij het werken in groep ervaarde ik zelf enkele drempels. Eerst en vooral ben ik iemand die altijd veel op mij neemt en moeilijk kan delegeren terwijl je bij een groepswerk natuurlijk steeds het werk goed dient te verdelen. Daarnaast heeft iedereen een wat verschillende visie over wat je meer of minder wil benadrukken of over welke zaken je al dan niet wil integreren. Hierdoor moet er soms 'gestemd' worden of iets wel of niet aan bod komt. Dat vond ik soms wat lastig. Verder merkte ik dat samenwerken met vrienden ook niet altijd even evident is. Het is moeilijker om je mening te geven of 'kritiek' te uiten op werk dat vrienden verricht hebben. Tot slot werkt iedereen op een ander tempo en ik merkte dat ik zelfs soms sneller wilde gaan dan mijn groepsleden. Gezien je vaak verder werkt op delen van anderen moet je daardoor soms ook zelf wachten om aan jouw deel verder te kunnen werken.

Ik ben heel tevreden met het uiteindelijke resultaat van onze masterproef. Ondanks dat we niet het exacte sjabloon dat we voor ogen hadden, hebben kunnen realiseren, hebben we toch een basis sjabloon kunnen laten integreren in CareConnect. Zeker nu de nieuwe nomenclatuur voor VZP vereist dat alles goed gedocumenteerd wordt, denk ik dat we een belangrijke eerste stap hebben kunnen zetten. Verder hoop ik dat we vooral huisartsen hebben gesensibiliseerd om vaker een VZP op te stellen en ook goed te documenteren. In de toekomst is er nog werk aan de integratie van een VZP in de SumEhr alsook een centraal platform waar alle VZP-documenten voorhanden zijn, zowel voor de patiënt als hulpverleners. Voorlopig leek voor ons, in afwachting, een niet-gecodeerd zorgelement met een VZP- en DNR-code het beste alternatief.

Zelf heb ik, door het maken van deze masterproef, heel veel bijgeleerd over de verschillende aspecten van VZP. Tijdens de afgelopen drie jaren heb ik dit ook reeds kunnen integreren in mijn werk als HAIO. Ik heb meermaals VZP gesprekken gedaan met patiënten en ik merk dat ik hier erg in gegroeid ben. Uiteraard heb ik ook de nodige aandacht besteed aan het goed documenteren en de toegankelijkheid van deze documenten aan de hand van een uitprint die bij de patiënt thuis bewaard wordt.

Tot slot wil ik hier nog even mijn collega HAIO's bedanken voor de samenwerking. Ondanks ieders eigen visie en manier van werken zijn we er in geslaagd een mooi project op te zetten en deze masterproef tot een goed einde te brengen!

Cédric Meirschaert

Ik merkte bij het begin van de masterpaper wat moeilijkheden naar het zoeken van een goed onderzoekstopic. In het begin heb ik samen gezeten met meerdere HAIO's voor het ontwikkelen van een duodecim richtlijn (en meer literatuuronderzoeken). Ik merkte tijdens mijn zoektocht dat ik liever iets kwaliteitsverbeterend zou willen uitwerken. Uiteindelijk hadden we het idee om met 4 HAIO's een kwaliteitsverbeterend project op te starten binnen vroegtijdige zorgplanning. We hadden het allemaal moeilijk met de schrijnende situatie van de slechte documentatie van vroegtijdige zorgplanningen in de gezondheidszorg. Hoe kunnen we de communicatie tussen de eerste lijn en tweede lijn verbeteren en hoe kan een vroegtijdige zorgplanning zo tijdsefficiënt mogelijk opgesteld worden. Ik had in februari 2021 een webinar gevolgd over vroegtijdige zorgplanning en de nieuwe nomenclatuur. Het heeft ons doen brainstormen naar het ontwikkelen van een aantal onderzoeksvragen. Initieel spraken we over het maken van eForms vroegtijdige zorgplanning. Marthe en ik hadden contact opgenomen met ELZ Kortrijk voor de lijst verpleegkundigen. Het was een idee om ook de verpleegkundigen in te schakelen in het gebruik van het sjabloon (verpleegkundigen kunnen huisartsen stimuleren voor het doen van een VZP of verpleegkundigen kunnen een VZP initiëren). Ik moest met beide benen op de grond gezet worden door de andere groepsleden, dat we het heel wat kleinschaliger moesten zien. In het begin zag ik het project wat te groots.

Ik had het gevoel dat het contacteren van de bevoegde instanties gemakkelijker ging gaan. Het contacteren van CareConnect duurde lang en we moesten echt weken wachten om IT'ers aan de lijn te krijgen. Het was misschien een beetje een euforie en nu besef ik dat het niet allemaal zo gemakkelijk gaat. In mijn eerste opleidingspraktijk werkten we met CareConnect, ik heb daar dan ook het formulier ontwikkeld. Proberen creatief te zijn door te werken met witte hokjes en grijze hokjes (als studenten hebben we maar beperkte budgettaire middelen).

Via de huisartsenkring heb ik de lijst gekregen van de huisartsen, we hebben dan de huisartsen van ELZ Kortrijk aangeschreven via mail. De respons van de huisartsen was heel mager. Het was noodzakelijk om nog telefonische contacten te leggen, de telefonische contacten hebben we verdeeld binnen de vier groepsleden. De vragenlijst hebben we ontwikkeld, Nel Kerckhof had ervaring met vragenlijsten in een vorige masterpaper. Ik gaf wel input in de groep over eventuele vragen, toch was Nel de persoon die hier een leidende rol in speelde voor het de ontwikkeling van de vragenlijst (namelijk 'hoe worden de vragen best gesteld voor de latere statistiek?')

De ethische goedkeuring werd aangevraagd. Ik merkte tijdens het groepswerk dat vooral Nel Kerckhof daar een trekker in was. Zelf had ik in mijn master geneeskunde een literatuuronderzoek opgesteld, de aanvraag naar een ethische goedkeuring was bij een literatuuronderzoek veel gemakkelijk. Nel had hier al meer ervaring in. Als ik hier reflectief op terugkeer, heb ik het gevoel dat ik tijdens de aanvraagperiode iets meer volgzamer was.

Na de ethische goedkeuring hebben we gebrainstormd met de groep over de ontwikkeling van een korte inleidende webinar. De huisartsen die zich intekenden in het pilootproject, kregen een uitgebreide webinar. Om het overzichtelijk te houden, heb ik een flowchart van het sjabloon in een word document gemaakt en gelamineerd. Bij de ondertekening van de geïnformeerde toestemming werd dit meegegeven aan de deelnemende huisarts. Er kroop veel tijd in de ontwikkeling van deze webinars, uiteindelijk waren er ook weinig 'views'. We dachten dat de webinars meer keuzevrijheid ging geven aan de huisartsen. Als ik het opnieuw zou uitvoeren, zou het misschien beter geweest dat elk groepslid naar een LOK groep zou gaan voor het voorstellen van het pilootproject (misschien zou dit mogelijks tot een betere respons leiden?). Kanttekening is de COVID-19 periode, waarbij LOK groepen terug live aan het opstarten waren.

Na het gebruik van het sjabloon werd de vragenlijst opgestuurd naar de deelnemende huisartsen. Ik merkte dat er terug veel tijd kroop in het verkrijgen van de resultaten. Bij beschrijven van de resultaten stond ik terug meer op de achtergrond. Ik gaf wel feedback, maar andere groepsleden hadden meer ervaring met de statistiek.

Voor mij was het even zoeken om de resultaten te vertalen naar een gestructureerde discussie. De literatuur is allemaal heel interessant, maar het moet wel één geheel zijn. Ik vond het een goed systeem dat we initieel elk apart artikels lazen over een bepaald onderwerp (‘toegankelijkheid’ ‘communicatie’ ‘drempels’ ‘EMD’). Met de regelmatige online messenger meetings hebben we het naar één samenhangend verhaal gebracht.

Dankzij de thesis zou ik in de toekomst ook meer aandacht willen besteden voor praktijkverbeterende projecten. Ik heb mij onder andere ingeschreven binnen Domus Medica voor werkgroepen, om dit eventueel volgend jaar te combineren met praktijkwerk.

Marthe Vandendriessche

We besloten om een pilootproject met vier HAIO's op poten te zetten. We kennen elkaar van tijdens onze bachelorjaren in de KULAK. Tijdens onze stage waren we ons bewust geworden van de drempels bij het opstellen van VZP's in de huisartsenpraktijk. Rond dit thema gingen we dan ook graag aan de slag. Het was Prof. Dr. De Lepeleire die met het idee kwam om binnen een eerstelijnszone een project op te starten. Onze visie startte heel ambitieus met de inclusie van verpleegkundigen, het professioneel opstellen van een sjabloon in het EMD en zelfs de aanmaak van een nieuwe ICPC-code. Bij de eerste brainstormsessies in 2020 (die toen volledig online verliepen) werd al snel duidelijk dat we het project beter moesten aflijnen en haalbare onderzoeksvragen stellen. We zaten samen met een medewerker van de eerstelijnslijnszone Kortrijk en bespraken het project met de promotor. Eens het onderwerp duidelijk werd afgebakend, besloten we om samen de inleiding te schrijven. We verdeelden de alinea's onder de groepsleden. In de voorbereiding van de inclusie van huisartsen stelden we bijlagen op, vroegen we brochures aan bij LEIF en maakten we een lijst van alle huisartsen die we konden benaderen. CareConnect werd telefonisch gecontacteerd om de integratie van het sjabloon te bespreken. We kwamen in 2021 samen om een powerpoint op te stellen en namen samen een video op die werd gestuurd naar de huisartsen. We kwamen terug samen voor een interactieve online meeting met de huisartsen waarop helaas geen reactie kwam. In 2022 verdeelden we de lijst van de huisartsen onder elkaar en gingen we elk zelf op pad met de geïnformeerde toestemming en een samengestelde bundel van informatie bij de geïnteresseerde kandidaten. Eind 2022 gingen we aan de slag met de methodesectie. Begin 2023 werd het project afgerond en werden de vragenlijsten ingestuurd. Collega Nel Kerckhof zette haar schouders onder de opstelling van de tabellen in de resultatensectie en de uitwerking van de statistiek. In de maanden erna lazen we elk verschillende onderwerpen in de literatuur die van toepassing waren voor het schrijven van de discussie. In meerdere wekelijkse online meetings bespraken we onze bevindingen en bedenkingen over de opbouw. Na herhaalde feedback van onze promotor werd de discussie tot een logisch onderdeel geschreven. Samen schreven we het dankwoord, de limitaties en de conclusie. Collega Nel Kerckhof was het aanspreekpunt van onze groep en nam het mailverkeer op zich met de promotor.

Voor de opbouw van de thesis verdeelden we het mailverkeer onder de groepsleden, spraken we af wie welk deel van de powerpoint ging opstellen en lazen we literatuur. Er werd op voorhand een tijdslijn vastgelegd. Besprekingen werden telkens in groep gedaan in aanwezigheid van elk groepslid. Ik klopte aan bij eHealth met mijn vraag naar uitbreiding van de ICPC-codering, maar werd na een online meeting afgewimpeld. Elk hebben we een aandeel aan het schrijven van onderdelen van de thesis. In de laatste maanden gaf iedereen in een gedeeld document kritische bemerkingen qua inhoud en zinsopbouw. In onze groep nam elk lid een andere rol aan naargelang zijn of haar karakter. Ik ga in groepsverband eerder een luisterend oor bieden dan het woord nemen. Ik ben van nature een iets stiller persoon dan mijn groepsleden, maar ik probeerde mijn mening telkens goed te formuleren in onze meetings. Ik probeerde nuttige kritische feedback te leveren en mijn taken zo goed mogelijk uit te voeren.

In onze groep werd er goed onderling gecommuniceerd en werden er duidelijke afspraken gemaakt over wie welk deel op zich ging nemen. Iedereen stelde zich flexibel op bij het (online) afspreken. In een groep met vier groepsleden komen er natuurlijk vier meningen samen en is het belangrijk dat iedereen kan gehoord worden. Naar mijn mening verliepen de online meetings vlotter en met een duidelijke agenda dan de live meetings. Er werd ook telkens voldoende tijd voorzien tussen de meetings in, om de taken te volbrengen.

Deze thesis kan een mooie impact hebben op de kwaliteit van leven bij de geriatrische populatie die wij zo talrijk volgen als toekomstig huisarts. Sinds COVID-19 is het alleen maar duidelijker geworden hoe belangrijk een VZP is. In de praktijken waar ik heb gewerkt, merk ik dat de afname van VZP's nog te weinig gebeurt. Zelf heb ik ook enkele schrijnende situaties meegemaakt waarbij een vooropgestelde VZP zoveel verschil had kunnen maken. Met de komst van de specifieke nomenclatuur kan de opstelling van de VZP's een boost krijgen. Deze studie kan huisartsen nieuwe inzichten geven over de mogelijkheden naar efficiëntie toe. Het kan binnen de huisartspraktijken een

discussie in gang zetten die kan leiden tot meer VZP-afnames. Met de toename van de documentatie van VZP's zal CareConnect ook sneller werk maken van een elektronisch formulier en een digitale handtekening introduceren. Ik hoop dat deze thesis een duwtje in de rug kan geven aan de huisartsen om zo nog kwaliteitsvollere zorg aan te bieden.

Gil Verstraete

Om wat structuur te brengen in dit reflectieverslag koos ik ervoor om de STARR-methode te gebruiken.

Situatie: Ik herinner me nog dat we met een ganse groep bevriende HAIO's samen waren gekomen voor de inleidende webinar over de masterproef. Wij verdeelden ons in groepjes per thema. Samen met Cédric, Nel en Marthe koos ik voor het thema 'ouderenzorg'. Initieel was het de bedoeling om een kwaliteitsverbeterproject op zetten met Prof. Dr. De Lepeleire als promotor. Samen met hem groeide het idee om te werken rond vroegtijdige zorgplanning (VZP) binnen Eerstelijnszone (ELZ) Kortrijk. Omwille van diens nakende pensioen gingen wij daarna verder onder begeleiding van Prof. Dr. Schoenmakers. Wij gingen in gesprek met onze PO's, ELZ Kortrijk en de dienst Geriatrie van AZ Groeninge en merkten dat er een hoge nood was aan betere communicatie rond VZP tussen huisartsen, maar ook tussen de eerste en de tweede lijn. Wij wilden verder bouwen op het Gele Brooddozenproject dat ontstond in Canada. Naast de medische voorgeschiedenis en de medicatielijst wilden wij een pilootproject opstarten waarbij ook de VZP hierin beschikbaar was. Iets later ontstond dan het uiteindelijke plan om te werken rond sjablonen in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Taak: Volgens de Roos van Leary ben ik leidend en meewerkend. Ik denk dat ik ook deze rollen aangenomen heb tijdens het maken van deze masterproef. In meetings was ik vaak de persoon die in het begin de agendapunten aangaf en die daarna het gesprek 'leidde'. In het begin, toen we nog niet zo goed wisten waar we naartoe gingen met de masterproef, was ik minder gemotiveerd om bijvoorbeeld een aanzet te geven voor de inleiding. Eens dat er was, kon ik wel verder om aan te vullen en aan te passen. Bij het verdere verloop ben ik dan wel meer betrokken geweest en vond ik het bovenal ook aangenaam om aan het project te werken. Ik zie relatief snel een beeld voor me van hoe iets er uit moet zien. Ik vond het tijdens dit groepswerk soms moeilijk om hiermee om te gaan. Iedereen ziet het anders, het is ook een dynamisch proces geweest over drie jaar. Het eindproduct is maar de laatste maanden echt tot stand beginnen komen. We zijn goede vrienden, dit maakt het soms niet gemakkelijk om je eigen mening te vertellen wanneer je het niet met iets eens bent. Wij losten dit op door mogelijke alternatieven naast de eigenlijke tekst te noteren waar iedereen dan over kan nadenken.

Actie: Wij hebben over de ganse periode samengewerkt in een Google Docs document. Wij zaten geregeld samen, via zoom of bij iemand thuis. In het begin misschien net iets te weinig, waardoor we soms het overzicht wat kwijt waren. De laatste 6 maand, eens de resultaten er waren, probeerden we wekelijks een overleg in te plannen. We maakten deadlines voor onszelf, maakten lijsten met daarin concreet wie wat zou gaan doen. Ook al hadden we telkens concrete deadlines, dan nog kiest elke persoon wanneer hij/zij beslist eraan te werken waardoor er constant gecommuniceerd wordt, ook op momenten dat het soms niet past. Voor volgende groepswerken zou ik voorstellen om misschien enkel binnen afgesproken tijden te communiceren.

Als ik concreet beschrijf wat de taken geweest zijn dan: (disclaimer: iedereen aan alles meegewerkt, aanvullingen gedaan, meegeholpen).

- Heb ik een eerste versie van het abstract geschreven.
- Heeft Nel de aanzet voor de inleiding geschreven. De rest vulde aan.
- Heb ik de communicatie gedaan met CareConnect. Cédric heeft het sjabloon naar code vertaald.
- Verdeelden we de communicatie met de huisartsen in ELZ Kortrijk onder ons vier.
- Heb ik voor de infosessies samen met Marthe gewerkt aan de slides. Cédric en Nel hebben zich meer toegelegd op het maken van de video's.
- Heeft Nel de online vragenlijst opgesteld en de statistiek gedaan.
- Heb ik samen met Cédric het eerste deel van de discussie geschreven.
- Heb ik samen met Nel gewerkt aan de presentatie. Marthe en Cédric vulden aan.
- Heeft Nel de referenties in orde gebracht en het Word document bijgehouden.

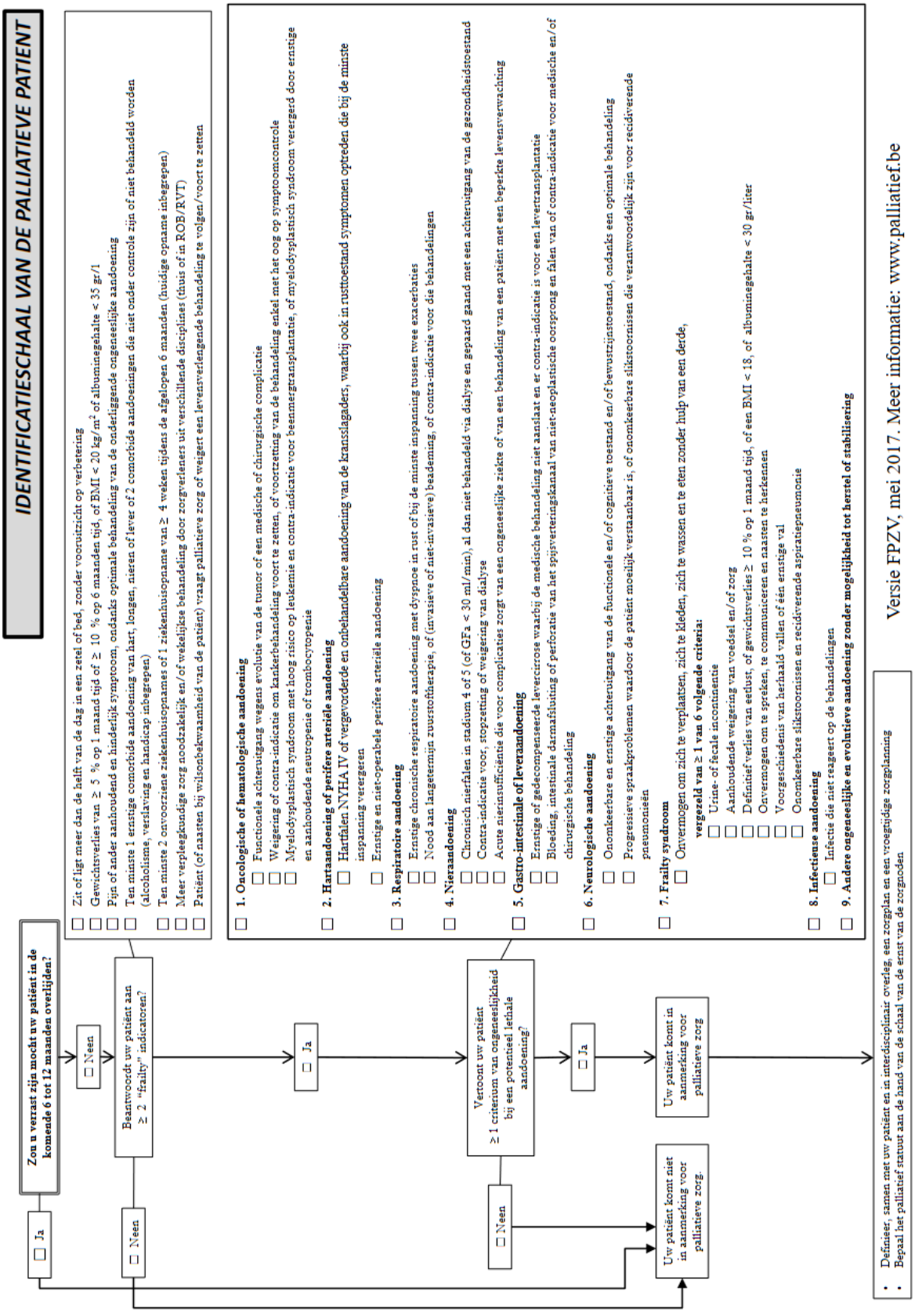
Resultaat: Wij hebben veel tijd gespendeerd aan de voorbereiding van het pilootproject. Vooral dan bij het contacteren van de huisartsen en het voorbereiden van de webinars. Ons project was relatief

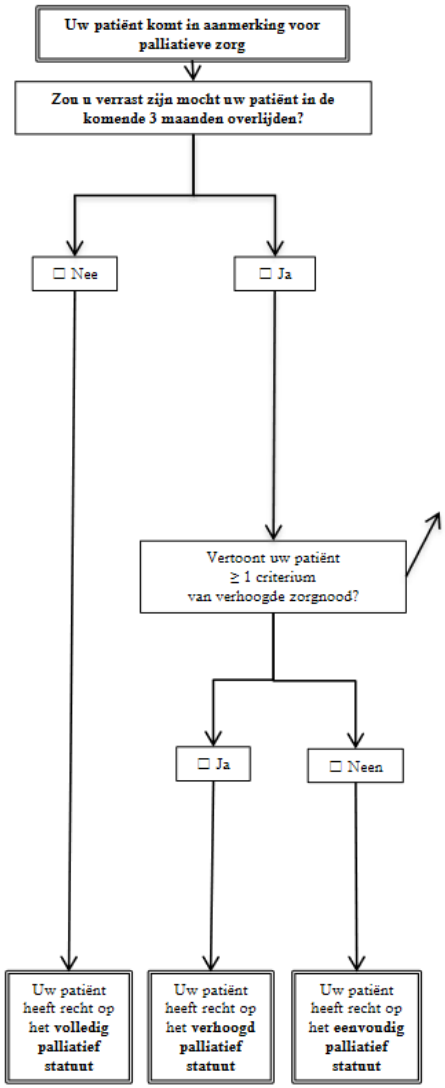
kleinschalig, maar het resultaat is er wel. Er is nood aan standaardisatie en digitalisatie! Wij hebben een sjabloon in CareConnect geïmplementeerd dat nu door alle gebruikers gehanteerd kan worden. Er is (veel) ruimte voor verbetering, er moet een budget vrijgemaakt worden zodat bv. een eForm kan opgemaakt worden. Dit zou volgens mij op relatief korte termijn gerealiseerd moeten kunnen worden, zeker omdat documentatie van de VZP in het EMD een vereiste is geworden bij gebruikt van de nieuwe nomenclatuur.

Reflectie: Ik ben tevreden van onze masterproef als eindproduct en ook tevreden over hoe we hier de afgelopen drie jaar aan gewerkt hebben. Toch ben ik ook blij dat het er bijna op zit, het heeft wel de nodige stress met zich meegebracht. Achteraf ben ik nog steeds blij dat ik voor een groepswerk gekozen heb. Hierdoor is er een gedeelde verantwoordelijkheid. Het gevaar dat iedereen samen lui is, hebben wij vermeden door op het einde van elke meeting concreet de taken te verdelen. Ik ben trots op ons team en op wat we bereikt hebben. Ik hoop dat ons project vooral de ogen heeft geopend bij de deelnemende huisartsen; dat het artikel gepubliceerd kan worden; en dat er in de nabije toekomst een mogelijkheid komt om de VZP te implementeren in het EMD en de SumEhr.

Bijlagen

Bijlage 1: PICT (Palliative Care Indicator Tool)





Versie FPZV, mei 2017. Meer informatie: www.palliatief.be

Schaal m.b.t. de ernst van de zorgnoden

SPECIFIEKE KLINISCHE EVOLUTIE

- ☐ Ongeneeslijke aandoening met wisselend en onvoorspelbaar verloop die aanleiding kan geven tot plots overlijden
- ☐ Risico op epileptische aanval (recent verschillende epileptische aanvallen of gevoel van malaise, of refractaire epilepsie wegens combinatie van 2 anti-epileptica)
- ☐ Risico op fracturen (recent meerdere valpartijen of gecompliceerde breuk, of letsel met een aanzienlijk risico op een breuk of een neurologische compressie)
- ☐ Risico op bloedingen (recente bloeding waarvan de oorzaak niet weggenomen kon worden, of oesophagitis graad II of III, of aneurysma met risico op bloeding, of bloedende wonde, of trombocytopenie, of ernstige en aanhoudende stollingsstoornis)
- ☐ Risico op infectie (recent meerdere infectiebehandelingen in het ziekenhuis of ernstige en aanhoudende neutropenie)
- ☐ Respiratoir risico (recent acute respiratoire decompensatie, of meerdere respiratoire paniekaanvallen, of verslikproblemen)

FYSIEKE EN THERAPEUTISCHE NODEN

- ☐ Pijn of ander ernstig en aanhoudend symptoom dat hetzij een continue aanpassing van de behandeling vergt, hetzij niet met de conventionele behandelingen verlicht kan worden (refractair symptoom)

BIJZONDERE » BEHANDELINGEN

- ☐ Kunstmatige enterale of parenterale voeding
- ☐ Tracheobronchiale aspiratie meermaals per dag
- ☐ Complexe wond-, drain- of stomazorg
- ☐ Bloedtransfusie ≥ 2 keer per week
- ☐ Continue subcutane of intraveneuze toegangsweg noodzakelijk
- ☐ Peridurale of intrathecale katheter
- ☐ Pleura- of ascitespunctie ≥ 2 keer per week
- ☐ Continue blaasspoeling
- ☐ Continue zuurstoftherapie
- ☐ Beademing (invasief of niet-invasief)
- ☐ Risicovolle dialyse (leeftijd ≥ 80 jaar, of cardiovasculaire comorbiditeit, of functionele en/of cognitieve achteruitgang, of ondervoeding)
  of dialyse waarvan de duur en het tempo van de sessies beperkt worden wegens een slechte tolerantie of wegens een achteruitgang van de gezondheidstoestand

PSYCHOLOGISCHE EN SOCIALE NODEN

- ☐ Angst, depressie, ontregeld sociaal gedrag of existentiële ontreddering, samenhangend met de evolutie van de ziekte, ernstig en aanhoudend van aard en een voortdurende opvolging vergend van de patiënt of van een naaste (1ste graad of onder hetzelfde dak wonend) door een zorgverlener
- ☐ Coëxistentie van een psychiatrische pathologie (alcoholisme en verslaving inbegrepen)
- ☐ Coëxistentie van een ernstige mentale, auditieve, visuele of motorische handicap (aangeboren of later opgelopen)
- ☐ Gedragsstoornissen (zich verzetten, agitatie, agressiviteit, dwalen, enz.) die samenhangen met de evolutie van de ziekte, ernstig en aanhoudend van aard en resistent tegen medicatie, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft
- ☐ Onvermogen om zich te verplaatsen of te eten zonder hulp van naasten, of urine- of fecale incontinentie, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft
- ☐ Sociaal isolement of gebrek aan steun of onvoldoende steun van naasten, bij een patiënt die niet in een RVT/ROB verblijft

Bijlage 2: Sjabloon VZP CareConnect

Vroegtijdige Zorgplanning

@{Naam} @{Voornamen}, ° @{Geboortedatum}

@{Straat_en_nr}, @{Postcode} @{Gemeente}

Datum van invullen: @{Huidige_datum}

Gesprek gevoerd door: Dr.@{Gebruiker_voornaam}@{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_riziv}

Aanstelling vertegenwoordiger

VERTEGENWOORDIGER
Ik, die onderteken, wijs de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik zelf mijn rechten als patiënt niet meer kan uitoefenen:
Naam vertegenwoordiger
Adres
Telefoon
Rijkregisternummer
Opgemaakt te @{Gebruiker_gemeente}@{Huidige_datum} Mijn handtekening:
AANVAARDING
..... (naam vertegenwoordiger) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen @{Aanspreektitel}@{Naam}@{Voornamen} vertegenwoordigen.
Opgemaakt te @{Gebruiker_gemeente}@{Huidige_datum} Handtekening benoemde vertegenwoordiger
Indien de patiënt niet meer in staat is zijn rechten uit te oefenen volgt u onderstaande wettelijke rangorde
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 uitoefe-nen (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 enke-le van deze familieleden gevonden worden (bv. spoedsituaties, alle vertegenwoordigers overleden,...) of kan/wil nie-mand van de vertegenwoordigers optreden, dan beslist de arts, desgevallend na multidisciplinair overleg, in het be-lang 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.
Naam vertegenwoordiger volgens wettelijke rangorde

Deel 1: DNR en VZP code na gesprek

DNR code

Datum gesprek	VZP code	Vertaling van de code in verschillende opties
@{Huidige_datum}		

DNR 0	- De huidige therapie wordt behouden en zo nodig aangepast a/h ziektebeeld van de patiënt - Bij circulatie- of ademhalingsstilstand wordt er gereanimeerd + kan de MUG interventie gevraagd worden.
DNR 1	- Bij circulatie- of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen; GEEN MUG - Alle overige therapieën worden door de behandelde arts ingesteld
DNR 2	THERAPIE NIET UITBREIDEN - Bij circulatie- of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen; GEEN MUG - Er wordt niet gestart of uitgebreid met: antibiotica, cardiotonica/inotropica, diuretica, aandringen voedsel/vocht per os, kunstmatige voeding/vochttoediening, ondersteuning ademhaling, andere: .....
DNR 3	Therapie afbouwen - Bij circulatie - of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen. - GEEN MUG - Er wordt enkel comforttherapie toegediend

CODE	DOELSTELLING	BEHANDELING	ONDERZOEK	VERPLEGING	KINE	VOEDING
A	Alles doen Verlengen van het leven, hospitalisatie is gewenst	voluit	voluit	voluit	voluit	voluit
B	behouden van functies sterke voorkeur - thuis of WZC - Formuleer omstandigheden wanneer hospitalisatie gewenst is	Maximaal herstel, minimale belasting	Beperkte onderzoeken in ziekenhuis	voluit	voluit	voluit
C	Comfortzorg Geen hospitalisatie meer gewenst, blijvende verzorging thuis of WZC	Gericht op comfortzorg	Geen of uitzonderlijke verbetering van het comfort	comfort	comfort	comfort

Deel 2: "Negatieve" wilsverklaring met aanstelling van vertegenwoordiger

Naam en voornaam: **@{Naam} @{Voornamen}**

Adres: **@{Straat_en_nr}, @{Postcode} @{Gemeente}**

Identificatienummer in het Rijksregister (of N.N.): **@{INSZ}**

Indien ik niet langer mijn wil kan uitdrukken **in volgende onomkeerbare toestand (door bv. dementie, hersenbloeding, hersentumor, ...)**

Wil ik geen levensverlengende behandeling, maar enkel comfortbehandeling. Ik wil geen onderzoeken meer tenzij ze mijn comfort zouden kunnen verbeteren.

Daarenboven wil ik **geen**:

- ☐ antibiotica
- ☐ kunstmatige toediening van vocht en voeding
- ☐ chemotherapie
- ☐ bestraling
- ☐ operatie
- ☐ kunstmatige beademing
- ☐ nierdialyse
- ☐ reanimatie
- ☐ intensieve zorg
- ☐ opname in een ziekenhuis
- ☐ Mag de behandeling verdergezet worden in functie van orgaandonatie.

Toelichting:

☐ Duid ik een vertegenwoordiger aan om mijn wensen en rechten te doen gelden, indien ik er zelf niet meer toe in staat ben:

Naam
Adres
Identificatienummer in het Rijksregister (of N.N.)
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventueel graad van verwantschap

Dit wordt enkel ingevuld indien de verzoeker niet in staat is de wilsverklaring zelf te schrijven

De reden waarom de verzoeker fysiek blijvend niet in staat is deze negatieve wilsverklaring te schrijven en te ondertekenen

is de volgende: .....

de heer/ mevrouw .....

werd aangewezen om deze negatieve wilsverklaring schriftelijk vast te leggen.

De persoonlijke gegevens van de vernoemde persoon zijn de volgende:

Adres .....

Identificatienummer in het Rijksregister (of N.N.) .....

Telefoonnummer .....

Geboortedatum en geboorteplaats .....

Eventuele graad van verwantschap .....

Deze verklaring is opgemaakt in .... ondertekende exemplaren die worden bewaard:

Gedaan te ..... , op @{Huidige_datum}

Datum en handtekening van de verzoeker:

Datum en handtekening van de vertegenwoordiger:

Datum en handtekening van de aangewezen persoon die de wilsverklaring heeft opgesteld in plaats van de verzoeker:

Facultatief:

De behandelend arts bevestigt door ondertekening uitsluitend de wilsbekwaamheid van de verzoeker:

Handtekening, datum, en stempel:

(bij iedere datering en handtekening worden de hoedanigheid en de naam vermeld)

@{Gebruiker_naam}@{Gebruiker_voornaam}

@{Gebruiker_straat}

@{Gebruiker_postcode}@{Gebruiker_gemeente}

@{Gebruiker_riziv}

Deel 3: "Positieve Wilsverklaring" euthanasie

De Heer/Mevrouw (*): **@{Naam} @{Voornamen}** (naam en voornaam)

(*) verzoekt dat voor het geval hij/zij (*) niet meer in staat is tot wilsuiting, een arts euthanasie toepast indien voldaan is aan de voorwaarden vastgesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie

(*) herbevestigt de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum)
(*) herziet de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum)
(*) trekt de wilsverklaring tot euthanasie in, die werd opgesteld op (datum)

Persoonlijke gegevens van de verzoeker

Mijn persoonlijke gegevens zijn de volgende :

- hoofdverblijfplaats : **@{Straat_en_nr}, @{Postcode}@{Gemeente}**

- volledig adres : **@{Straat_en_nr}, @{Postcode}@{Gemeente}**

- identificatienummer in het Rijksregister : **@{INSZ}**

- geboorteplaats en geboortedatum :

.....,°@{Geboortedatum}

Kenmerken van de wilsverklaring

Deze verklaring werd vrij en bewust afgelegd. Dit wordt onderschreven door de handtekening van de twee getuigen en in voorkomend geval van de vertrouwensperso(o)n(en).

Ik verwacht dat deze wilsverklaring wordt geëerbiedigd.

De getuigen

De getuigen ten overstaan waarvan ik deze wilsverklaring afleg, zijn :

GETUIGE 1
Naam en voornaam
Hoofdverblijfplaats
Volledig adres
identificatienummer in het Rijksregister
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventuele graad van verwantschap

GETUIGE 2
Naam en voornaam
Hoofdverblijfplaats
Volledig adres
identificatienummer in het Rijksregister
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventuele graad van verwantschap

Facultatieve gegevens

De eventuele aangewezen vertrouwenspersonen
Als vertrouwensperso(o)n(en), waarvan ik wens dat hij/zij onmiddellijk op de hoogte wordt (worden) gebracht indien ik mij in een toestand bevind waarin de wilsverklaring van toepassing zou kunnen zijn en dat hij/zij tijdens de procedure wordt (worden) betrokken, wijs ik in volgorde van voorkeur aan:
VERTROUWENSPERSOON 1
Naam en voornaam:
Hoofdverblijfplaats:
Volledig adres:
Identificatienummer in het rijkregister:
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventuele graad van verwantschap

VERTROUWENSPERSOON 2
Naam en voornaam:
Hoofdverblijfplaats:
Volledig adres:
Identificatienummer in het rijkregister:
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventuele graad van verwantschap

Gegevens weer te geven door de persoon die fysiek blijvend niet in staat is een wilsverklaring op te stellen en te tekenen
De reden waarom ikzelf fysiek blijvend niet in staat ben deze wilsverklaring op te stellen en te ondertekenen is de volgende :
Als bewijs hiervan, voeg ik een medisch getuigschrift in bijlage.
Ik heb ..... (naam en voornaam) aangewezen om deze wilsverklaring schriftelijk vast te leggen.
De persoonlijke gegevens van voornoemde persoon zijn de volgende:
Hoofdverblijfplaats
Volledig adres
Identificatienummer in het Rijkregister
Telefoonnummer
Geboortedatum en geboorteplaats
Eventuele graad van verwantschap

Deze verklaring is opgemaakt in ... (aantal) ondertekende exemplaren die worden bewaard (op een plaats of bij een persoon) :
Gedaan te ....., op @{Huidige_datum}
Datum en handtekening van de verzoeker:
Facultatief: Datum en handtekening van de aangewezen persoon bij het fysiek blijvend niet in staat zijn van de verzoeker (1)
Datum en handtekening van de twee getuigen:
Datum en handtekening van de aangewezen vertrouwensperso(o)n(en) (1) (bij iedere datering en handtekening worden de hoedanigheid en de naam vermeld)

(*) schrappen wat niet past

(1) in voorkomend geval

(2) voor elke aangewezen vertrouwenspersoon worden onder 1) vermelde gegevens weergegeven

Bronvermelding:
Het sjabloon werd gebaseerd op dat van VzpWvl (30). Het deel van positieve en negatieve wilsverklaring is overgenomen van de officiële documenten hieromtrent van LEIF (19,20).

Bijlage 3: Informatiebrief patiënten

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar Vroegtijdige Zorgplanning (VZP)

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie kadert in een masterproef project van 4 huisartsen in opleiding. Het betreft een kwaliteitsverbeterende studie binnen de eerstelijnszone (ELZ) Kortrijk.

In deze studie willen we onderzoeken hoe een vroegtijdige zorgplanning (VZP) toegankelijk opgesteld kan worden en of een sjabloon in het elektronisch medisch dossier (EMD) hierbij een ondersteuning kan bieden. Daarnaast willen we ook de drempels bij het communiceren over een VZP binnen ELZ Kortrijk nagaan.

Wat is vroegtijdige zorgplanning?

Tijdens een VZP-gesprek hebt u de mogelijkheid om te spreken over toekomstige zorgdoelen en wensen. Deze kunnen zorgverleners richting geven op momenten dat u zich niet meer kan uitdrukken. Vroegtijdige zorgplanning is een continu proces: na een inleidend gesprek en één of meerdere vervolggesprekken worden de zorgdoelen vastgelegd. Deze kunnen nadien altijd nog aangepast worden volgens uw huidige zorgdoelen en wensen.

Alle zorgverleners kunnen een belangrijke schakel zijn bij het initiëren en uitvoeren van een vroegtijdige zorgplanning. Jammer genoeg, merken we dat vroegtijdige zorgplanningen moeilijk beschikbaar zijn voor andere zorgverleners. Met deze studie willen we een eerste stap in de goede richting te zetten.

Deze studie is een pilootproject binnen ELZ Kortrijk. Indien we positieve resultaten bekomen, hopen we deze manier van werken te kunnen introduceren in de volledige ELZ.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.
U heeft zelf geen financieel voordeel van deelname aan dit onderzoek.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers
- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers Nel Kerckhof (nel.kerckhof@student.kuleuven.be), Cédric Meirschaert (cédric.meirschaert@student.kuleuven.be), Marthe Vandendriessche (marthe.vandendriessche@student.kuleuven.be) of Gil Verstraete (gil.verstraete@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers via het telefoonnummer 016/377290 of via birgitte.schoenmakers@kuleuven.be.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking
Dr. Nel Kerckhof, Cédric Meirschaert, Marthe Vandendriessche en Gil Verstraete

Bijlage 4: Infosessie 1 (hand-outs en videolink)

Video Webinar 1: https://youtu.be/W1l564Qa29I

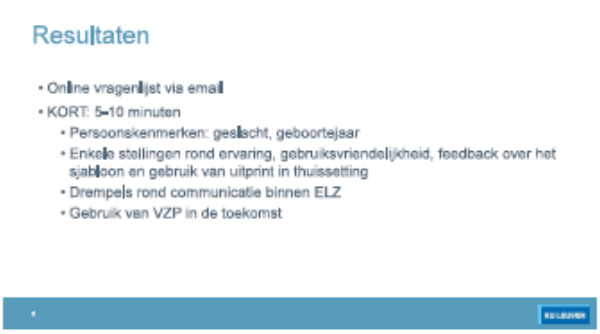












Wat kunnen jullie meenemen uit dit project?

- Heropfrissing VZP
- Uitproberen elektronisch sjabloon in CareConnect
  - Met mogelijkheid tot onze ondersteuning voor implementatie
- Nieuw nomenclatuurnummer (103692) zal spoedig in gebruik komen voor opstellen van VZP
  - €90 via de derdebetalersregeling
  - Op voorwaarde dat patiënt aan PICT voldoet

+ jullie mening doet ertoe !

Interesse?

- Druk op de bijgevoegde link in de mail of bel naar 0473/20 91 79 (Cédric)
- Een uitgebreide infosessie (webinar) volgt nog hierna
- Pilootproject start op 1 februari 2022 en loopt tot 31 december 2022

Nel Kerckhof
nel.kerckhof@student.kuleuven.be
Cédric Meirschaert
cedric.meirschaert@student.kuleuven.be
Martha Vandendriessche
martha.vandendriessche@student.kuleuven.be
Gil Verstraete
gil.verstraete@student.kuleuven.be



Bijlage 5: infosessie 2 (hand-outs en videolink)

Video Webinar 2: https://youtu.be/fIFWKofMlIs
Video CareConnect instructies: https://youtu.be/tsIDSdBQU6c













2. Zorgdoelen en zorgrestricties

- Zorgdoelen: **ABC code**

CODE	DOELSTELLING	BEHANDELING	ONDERZOEK	VERPLEGING	KINE	VOEDING
A	Alles doen Verlengen van het leven, hospitalisatie is gewenst	voluit	voluit	voluit	voluit	voluit
B	behouden van functies sterke voorkeur - thuis of WZC - Formuleer omstandigheden wanneer hospitalisatie gewenst is	Maximaal kwaliteit, minimale belasting	Beperkte onderzoeken in ziekenhuis	voluit	voluit	voluit
C	Comfortzorg geen hospitalisatie meer gewenst, bijvoorbeeld verzorging thuis of WZC	Gericht op comfortzorg	Geen of uitzonderlijke verbetering van het comfort	comfort	comfort	comfort

7

2. Zorgdoelen en zorgrestricties

- Zorgrestricties: **DNR code**

DNR 0	- De huidige therapie wordt behouden en zo nodig aangepast a/h ziektebeeld van de patiënt - Bij circulatie- of ademhalingsstilstand wordt er gereanimeerd + kan de MUG interventie gevraagd worden.
DNR 1	- Bij circulatie- of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen; GEEN MUG - Alle overige therapieën worden door de behandelde arts ingesteld
DNR 2	THERAPIE NIET UITBREIDEN - Bij circulatie- of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen; GEEN MUG - Er wordt niet gestart of uitgebreid met: antibiotica, cardiotonica/inotropica, diuretica, aandringen voedsel/vocht per os, kunstmatige voeding/vochttoediening, ondersteuning ademhaling, andere: .....
DNR 3	Therapie afbouwen - Bij circulatie- of ademhalingsstilstand worden geen reanimatiemaatregelen getroffen. GEEN MUG - Er wordt enkel comforttherapie toegediend

8

3. Negatieve wilsverklaring

- Behandelingen/onderzoeken die de patiënt **weigert** indien hij/zij zich in een onomkeerbare toestand van wilsonbekwaamheid bevindt
  - Bv. antibiotica, reanimatie, hospitalisatie, nierdialyse, chirurgie, kunstmatige toediening vocht/voeding, chemotherapie, radiotherapie, …
  - **Juridisch bindend**
- Evt. aanduiding vertegenwoordiger(s)
- Bij **fysieke onmogelijkheid** tot het zelf opstellen/invullen:
  - Vermelden reden van onmogelijkheid
  - Opstellen negatieve wilsverklaring door een meerderjarig persoon (**mag de vertegenwoordiger zijn**)
  - Eventueel laten attesteren door een behandelend arts

9 Bron: LEIF

Verschil DNR en negatieve wilsverklaring

- DNR biedt een uitweg bij patiënten die geen negatieve wilsverklaring hebben.
- Dit met als doel om therapeutische hardnekkigheid te vermijden.

	DNR	Negatieve wilsverklaring
Initiatief	Behandelend arts	Wilsbekwame patiënt
Doel	Het staken of niet opstarten van een medische behandeling waarvan een arts van oordeel is dat ze niet in het belang is van de patiënt.	Het weigeren van een medische behandeling waarvan de persoon van oordeel is dat ze niet in diens belang is.
Op wie van toepassing	Op de arts en verpleegkundigen die tijdens opname in een zorginstelling deel uitmaken van het behandelend team.	Op alle zorgverleners
Toepassing	Stopt bij ontslag van de patiënt of bij overdracht aan een andere arts	Blijft van toepassing tot wanneer de wilsverklaring hertoepen wordt door de vectoeker

10 Bron: LEIF

4. Positieve wilsverklaring

- Behandelingen/onderzoeken die de patiënt **wel nog wil** indien hij/zij zich in een onomkeerbare toestand van wilsonbekwaamheid bevindt
  - bv. Verklaring inzake de wijze van teraardestelling
  - bv. Verklaring voor orgaandonatie
  - bv. Verklaring inzake de lichaamsschenking aan de wetenschap
  - bv. Wilsverklaring euthanasie (zie volgende dia)
  - **Niet juridisch bindend**

11 Bron: Palliatieve Zorg Vlaanderen

4.1. Wilsverklaring euthanasie

- De patiënt kan een wilsverklaring opstellen als:
  1) hij/zij **meerderjarig** (of ontvoogd minderjarig) is en 2) **handelsbekwaam**
- Voorwaarden geldigheid bij opstelling:
  - Volgens een wettelijk voorgeschreven **modelformulier**
  - Uit vrije wil
  - In bijzijn van 2 meerderjarige getuigen waarvan er min. 1 GEEN materieel voordeel heeft bij het overlijden.
- Evt. kan vertrouwenspersoon aangesteld worden
- Opmaken in meerdere exemplaren → exemplaar voor elke betrokkene
- Optioneel registratie bij het gemeentebestuur (**niet** verplicht)

12 Bron: www.vlaanderen.be/wilsverklaring-inzake-euthanasie

4.1. Wilsverklaring euthanasie

- Bij **fysieke onmogelijkheid** tot het zelf opstellen/invullen:
  - Vermelden reden van onmogelijkheid
  - Opstellen positieve wilsverklaring door een meerderjarig persoon die **geen enkel materieel belang heeft** bij het overlijden van de patiënt
  - Medisch getuigschrift toevoegen
    - "Bewijs dat de betrokkene fysiek **blijvend** niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen"

4.1. Wilsverklaring euthanasie

- Geldigheid hangt af van de **datum van verklaring**:
  - Verklaringen gedateerd vanaf 2 april 2020 blijven onbeperkt geldig
  - Verklaringen gedateerd tem 1 april 2020 blijven slechts geldig voor een periode van 5 jaar vanaf de datum van verklaring
    → Kan omgezet worden naar een nieuwe verklaring van onbeperkte duur.
- De wilsverklaring kan op **ieder ogenblik** worden herzien of ingetrokken.

- Euthanasie kan alleen worden uitgevoerd als de patiënt zich in een toestand van **onomkeerbare coma** bevindt.
  → Niet in andere situaties van verworven wilsonbekwaamheid (vb. bij dementie, hersentumor…).

Ons pilootproject



Rekrutering huisartsen

- **2 voorwaarden**
  1) Binnen ELZ Kortrijk
  2) CareConnect

Rekrutering patiënten

- **Contactmoment 1: identificeren en includeren + informeren**
  - >70 jaar
  - Die voldoen aan de PICT
  - Die er zelf om vragen

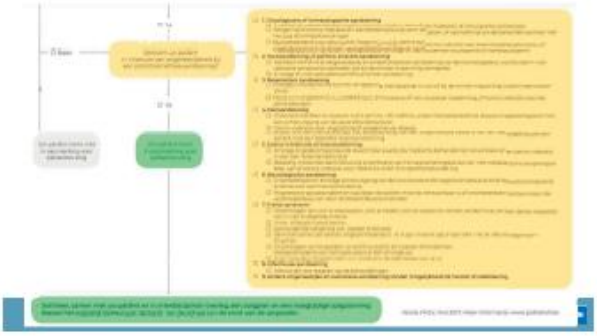
  Exclusie: wilsonbekwaam, bewoners WZC of instelling, spreekt geen Nederlands/Frans/Engels

- **Contactmoment 2: vastleggen**
  - Sjabloon CareConnect
  - SumEhr (her)activeren

Palliative Care Indicator Tool (PICT)

- **Identificatieschaal van een palliatieve patiënt**





Sjabloon Vroegtijdige Zorgplanning

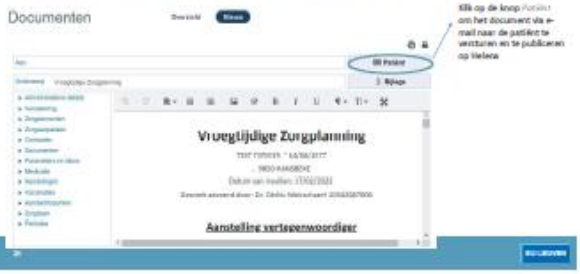
STAP 1: nieuwe consultatie, ga naar het tabblad documenten



STAP 2: druk op nieuwe documenten



Sjabloon Vroegtijdige Zorgplanning



Sjabloon VZP: Aanstelling vertegenwoordiger



Sjabloon VZP: DNR en VZP code



Sjabloon VZP: Negatieve wilsverklaring



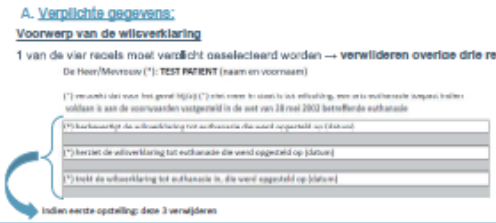
Sjabloon VZP: Negatieve wilsverklaring (vervolg)



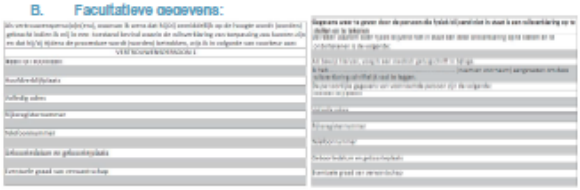
Sjabloon VZP: Positieve wilsverklaring inzake euthanasie



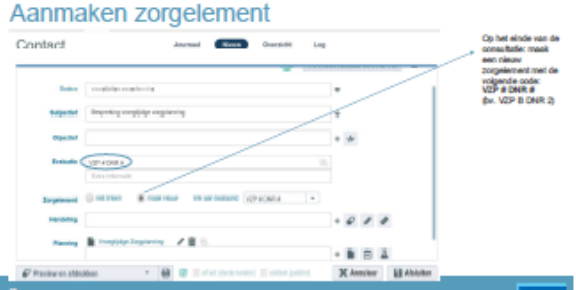
Sjabloon VZP: Positieve wilsverklaring inzake euthanasie (vervolg)



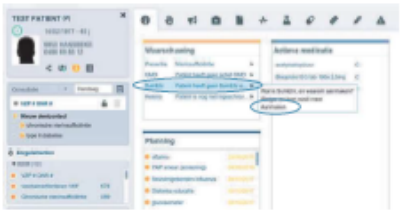
Sjabloon VZP: Positieve wilsverklaring inzake euthanasie (vervolg)



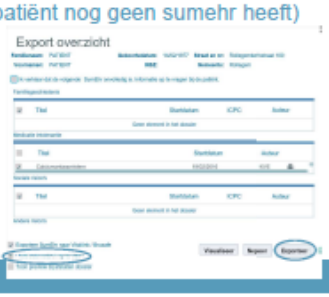
Aanmaken zorgelement



SumEhr activeren en exporteren (enkel te doen indien patiënt nog geen sumehr heeft)



SumEhr activeren en exporteren (enkel te doen indien patiënt nog geen sumehr heeft)



Resultaten pilootproject

- Online vragenlijst via email (december 2022)
- KORT: 5-10 minuten
  - Persoonskenmerken: geslacht, geboortejaar
  - Aantal VZP's die u opgesteld heeft (via statistiek-module in CareConnect)
  - Enkele stellingen rond ervaring, gebruiksvriendelijkheid, feedback over het sjabloon en gebruik van uitprint in thuissetting
  - Drempels rond communicatie binnen ELZ
  - Gebruik van VZP in de toekomst

Wat stellen wij ter beschikking

- LEIF brochures
- Invulsjabloon in CareConnect (vanaf versie 5.4)
  - Deel 1: Vroegtijdige zorgplanning
  - Deel 2: Negatieve wilsverklaring
  - Deel 3: Positieve wilsverklaring inzake euthanasie bij onomkeerbaar coma
- Steekkaart van VZP (Pallialine) in uitgeprinte versie
- Stappenplan CareConnect
- Richtlijn van VZP (Pallialine) in digitale versie
  https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_vroegtijdige_zorgplanning.pdf
- Deze powerpoint met de opgenomen webinar
- Schermopname

Wat kunnen jullie meenemen uit dit project?

- Heropfrissing VZP
- Uitproberen elektronisch sjabloon in CareConnect
- Nieuw nomenclatuurnummer (103692) zal spoedig in gebruik komen voor opstellen van VZP

Jullie mening doet ertoe !

Toekomstige nomenclatuurnummer (103692)

- Eenmalig aangerekend bij een raadpleging of bezoek
- €90, via derdebetalersregeling
- Voorwaarden
  - Patiënt voldoet de Palliative Care Indicator Tool (PICT)
  - 4-ledig
    - Aanstellen vertegenwoordiger
    - Bespreken zorgdoelen
    - Negatieve wilsverklaring
    - Positieve wilsverklaring

Interesse?

- Informed consent
- Pilootproject loopt tot 31/12/2022

Bijlage 6: Geïnformeerde toestemming huisartsen

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

Beste huisarts,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het implementeren van een vroegtijdige zorgplanning (VZP) in het elektronisch medisch dossier (EMD). Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie kadert in een masterproef project van 4 huisartsen in opleiding. Het betreft een kwaliteitsverbeterende studie binnen ELZ Kortrijk.

In deze studie willen we onderzoeken hoe een vroegtijdige zorgplanning (VZP) toegankelijk opgesteld kan worden en of een sjabloon in het elektronisch medisch dossier (EMD) hierbij een ondersteuning kan bieden. Daarnaast willen we ook de drempels bij het communiceren over een VZP binnen ELZ Kortrijk nagaan.

Alle huisartsen binnen ELZ Kortrijk zullen gecontacteerd worden om deel te nemen aan deze studie. Concreet willen we u voor deze studie vragen of u, bij patiënten die voldoen aan onze inclusiecriteria en die dit wensen, een VZP wilt opstellen.

Als ondersteuning voor de VZP-gesprekken zullen we de brochures van LEIF ter beschikking stellen. Verder kan u zich richten tot de richtlijn van Pallialine over VZP voor verdere concrete informatie omtrent VZP.

Wat u dient te doen is vierledig:

- Invullen van het sjabloon 'Vroegtijdige Zorgplanning' dat terug te vinden is bij 'documenten'.
- Registreer de DNR en VZP code als een apart actief zorgelement onder de vorm van 'DNR # en VZP #' (bv. DNR 1 VZP A)
- (Her)activeer de SumEhr

- Het VZP sjabloon kan eventueel doorgestuurd worden naar het e-mailadres van de patiënt en een afdruk kan thuis bewaard worden (indien de patiënt reeds beschikt over een gele doos wordt de afdruk van de VZP bij voorkeur daarin bewaard)

Deze eerste fase van onze studie zal plaatsvinden van 1/02/2022 tot en met 30/11/2022. Vanaf 1/12/2022 zal u gevraagd worden om via de statistiekmodule in CareConnect na te gaan hoe vaak u een volledige VZP heeft geregistreerd. Dit zal gebeuren via een voorgeprogrammeerd sjabloon. Tot slot zal u via e-mail uitgenodigd worden om een online vragenlijst in te vullen. Daarin zal uw geslacht en geboortejaar gevraagd worden. Vervolgens zal via verschillende vragen gepeild worden naar uw ervaringen met VZP, het invulformulier als hulpmiddel en de drempels bij de communicatie over VZP binnen de ELZ. Deze vragenlijst zal hooguit enkele minuten in beslag nemen.

Deze studie is een pilootproject binnen ELZ Kortrijk. Indien we positieve resultaten bekomen, hopen we deze manier van werken te kunnen introduceren in de volledige ELZ.

Intrekking van uw toestemming
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.
Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven
Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact
Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers Nel Kerckhof (nel.kerckhof@student.kuleuven.be), Cédric Meirschaert (cédric.meirschaert@student.kuleuven.be), Marthe Vandendriessche (marthe.vandendriessche@student.kuleuven.be) of Gil Verstraete (gil.verstraete@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers via het telefoonnummer 016/377290 of via birgitte.schoenmakers@kuleuven.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer
Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.
Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.
Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.
Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.
Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker
Ik ondergetekende , onderzoeker / bevoegde onderzoeksmederwerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.
Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

III Aanvullende informatie

- Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.
U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

- Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.
U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.
Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

- Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

- Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.
Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].
De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.
Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].
De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken. Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

---

[1] Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[2] De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Bijlage 7: Vragenlijst voor huisartsen

- Ik ben
    - Man of Vrouw
    - Geboortejaar
- Voor de deelname aan deze studie had ik reeds ervaring met het opstellen van een VZP
    - Ja
        - Regelmatig
        - Sporadisch
    - Nee
- Ik vind het opstellen van een VZP nuttig
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord
- Hoeveel VZP's heeft u opgesteld tijdens de studieperiode? ……..
- Ik vind het sjabloon in CareConnect een goede ondersteuning bij het opstellen van een VZP
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord
- Ik vind dat een VZP opstellen met een sjabloon tijdsefficiënter verloopt.
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord
- Het gedigitaliseerd sjabloon is gebaseerd op het Palliatief Netwerk Vlaanderen. De ABC codering werd gebruikt, alsook de DNR codering
    - Ik vond het een goed sjabloon en duidelijke lay-out met de gekende ABC en DNR codering
        - Helemaal niet akkoord
        - Eerder niet akkoord
        - Neutraal
        - Eerder wel akkoord
        - Helemaal akkoord
    - Ik had liever een aantal aanpassingen aan het sjabloon
        - Bv. een vraag-gebaseerde invullijst
        - Andere suggesties voor aanpassingen: ....
- Ik vind het een meerwaarde dat de besluiten van een VZP in een uitprint bij de patiënt thuis te vinden zijn
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord

  Opmerking: ik vind het positief om het afschrift te combineren met het 'gele dozen project' in Zuid-West-Vlaanderen?
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord

- Ik vind het een meerwaarde dat de besluiten van een VZP ook in de SumEhr geïntegreerd kunnen worden.
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord
- Volgende zaken ervaar ik als een drempel bij de communicatie rond VZP binnen ELZ Kortrijk
    - Er is (te) weinig contact of overleg tussen huisartsen en verpleegkundigen/ kinesitherapeuten/…
        - Helemaal niet akkoord
        - Eerder niet akkoord
        - Neutraal
        - Eerder wel akkoord
        - Helemaal akkoord
    - Tijdens wachtdiensten is het moeilijk om info omtrent de VZP te kunnen raadplegen
        - Helemaal niet akkoord
        - Eerder niet akkoord
        - Neutraal
        - Eerder wel akkoord
        - Helemaal akkoord
    - Andere: ……..
- In de toekomst denk ik, na deelname aan deze studie, vaker een VZP te zullen opstellen.
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord
- De nomenclatuur voor VZP (sinds 1 november 2022) is een extra motivatie om een VZP te bespreken met patiënten.
    - Helemaal niet akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Neutraal
    - Eerder wel akkoord
    - Helemaal akkoord

Bijlage 8: Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP018672
Uw kenmerk: Masterproef studie: Vroegtijdige Zorgplanning in ELZ Kortrijk: implementatie in het EMD en communicatie binnen de eerste- en tweedelijnszorg
Leuven, 18-01-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Cédric Meirschaert, Gil Verstraete, Marthe Vandendriessche, Nel Kerckhof

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 18-01-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring van herindiening) Deze prospectieve studie heeft betrekking op een pilootproject rond het opstellen van een Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) door huisartsen. De enige opmerking bij de eerdere indiening was dat het niet duidelijk was hoeveel huisartsen bevraagd zouden worden en hoe het gehoopte precentage (30%) deelnemers zal worden bereikt. Er werd ook geen schatting/streefdoel van het aantal deelnemende patiënten gegeven. Deze informatie werd nu toegevoegd. De Commissie heeft geen verdere opmerkingen.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 29-12-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP018672
Your reference: Master's thesis study: Vroegtijdige Zorgplanning in ELZ Kortrijk: implementatie in het EMD en communicatie binnen de eerste- en tweedelijnszorg
Leuven, 18-01-2022

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Birgitte Schoenmakers
Dear Cédric Meirschaert, Gil Verstraete, Marthe Vandendriessche, Nel Kerckhof

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 18-01-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring van herindiening) Deze prospectieve studie heeft betrekking op een pilootproject rond het opstellen van een Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) door huisartsen. De enige opmerking bij de eerdere indiening was dat het niet duidelijk was hoeveel huisartsen bevraagd zouden worden en hoe het gehoopte precentage (30%) deelnemers zal worden bereikt. Er werd ook geen schatting/streefdoel van het aantal deelnemende patiënten gegeven. Deze informatie werd nu toegevoegd. De Commissie heeft geen verdere opmerkingen.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 29-12-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels

President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.