De verantwoordelijkheid van de huisarts in het beschikbaar stellen van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra (WZC)

Laetitia Van den Bossche, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

ABSTRACT

Inleiding: De vergrijzing van de bevolking leidt tot een sterke toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, in het bijzonder bij bewoners van woonzorgcentra. Deze doen in de laatste levensjaren frequent een beroep op spoedgevallen- en ziekenhuiszorg. Transfers naar spoedgevallendiensten gaan echter gepaard met risico's zoals delirium, cognitieve achteruitgang, functieverlies, infecties en een daling van het mentaal welbevinden. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) biedt een gestructureerd kader om wensen, waarden en behandelvoorkeuren van patiënten tijdig te exploreren, documenteren en regelmatig te herevalueren. Goed geïmplementeerde VZP-programma's kunnen zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van sterven verbeteren. VZP en "Do not resuscitate" (DNR-)orders ontbreken vaak, zijn onvolledig of worden niet tijdig teruggevonden bij transfers van WZC naar spoedgevallendiensten of bij pre-hospitaal interventies. Ondanks de groeiende literatuur over prevalentie, inhoud en effecten van VZP in WZC, is er opvallend weinig bekend over de feitelijke beschikbaarheid van deze informatie op het moment dat cruciale medische beslissingen moeten worden genomen, met name bij acute medische gebeurtenissen en (pre-)hospitaal interventies. Deze studie beoogt de beschikbaarheid van VZP-documentatie, inclusief DNR- en "do not hospitalize" (DNH-)codes en andere formeel vastgelegde behandelvoorkeuren, in WZC in kaart te brengen, en na te gaan welke residentgebonden en organisatorische factoren hiermee samenhangen.

Onderzoeksmethodiek: Dit onderzoek betreft een retrospectieve, observationele studie die uitgevoerd werd in twee woonzorgcentra (WZC) in Vlaanderen. Alle bewoners waarvoor tijdens de onderzoeksperiode (december 2024 – oktober 2025) contact werd opgenomen met een arts werden geïncludeerd. Elke oproep of contactmoment vormde een afzonderlijke observatie-eenheid. Voor elk contactmoment werden demografische en klinische variabelen geregistreerd, evenals contextuele kenmerken van de oproep. Descriptieve statistieken (frequenties, proporties, gemiddelden ± standaarddeviatie) werden gebruikt om de kenmerken van de populatie en de oproepen te beschrijven. De beschikbaarheid van VZP werd uitgedrukt als het percentage bewoners of contactmomenten waarbij een DNR/VZP-code aanwezig was.

Resultaten: De gemiddelde leeftijd van de totale populatie bedroeg 86.7 ± 7.2 jaar (mediaan = 89; range = 65–99 jaar). Er was een overwicht van vrouwelijke bewoners (74.0%) ten opzichte van mannen (26.0%). In WZC HVDC verliep het merendeel van de oproepen via de CRA (66.1%), gevolgd door oproepen via 112 (22.6%), de eigen huisarts (6.5%) of de wachtarts (4.8%). In Rubens werden alle oproepen (100%) geregistreerd als verlopen via 112 (rechtstreeks of via een andere arts). De gerapporteerde redenen voor contact waren uiteenlopend. De aanwezigheid van vroegtijdige zorgplanning verschilde sterk tussen beide centra ($p<0.001$). Het gekozen beleid verschilde significant

tussen de twee woonzorgcentra (p=0.0002). Er werd een sterk significant verband vastgesteld tussen de aanwezigheid van VZP en de kans op hospitalisatie (p<0.001). Hospitalisaties kwamen proportioneel vaker voor tijdens de nacht (100% van de nachtelijke oproepen).

Discussie: Bewoners met gedocumenteerde VZP hadden een hospitalisatierisico van 21.7% tegenover 65.2% bij afwezigheid van VZP, en opvallend 100% wanneer de status onbekend was. De gegevens tonen aan dat in WZC HVDC een meerderheid van de oproepen binnen de instelling kon worden afgehandeld, vooral via de diensten van de CRA, terwijl in WZC Rubens alle oproepen via 112 gebeurden en resulteerden in hospitalisaties. Het sterke verschil in ziekenhuisopname tussen bewoners met en zonder VZP bevestigt dat dergelijke plannen effect kunnen hebben op acuut beleid in de instelling. De sterkte van deze studie situeert zich in het gebruik van contactmomenten als analyse-eenheid, wat het mogelijk maakt om een direct verband te leggen tussen VZP-status, organisatorisch verloop van de oproep (CRA versus 112) en het beleid (hospitalisatie of verblijf in WZC). Tegelijkertijd kent de studie duidelijke beperkingen: het betreft twee centra met in totaal 73 contactmomenten, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is; daarnaast werd niet systematisch onderzocht of de aanwezige VZP-documentatie ook effectief beschikbaar was voor de hulpdiensten buiten het woonzorgcentrum; ook werd niet onderzocht wat de kwaliteit van de VZP-gesprekken was of welke mate van gedeelde besluitvorming plaatsvond met bewoners en familieleden.

Besluit: Algemeen onderstreept deze masterproef dat het systematisch vastleggen van behandelvoorkeuren in WZC niet slechts een administratieve oefening is, maar een beleidsinstrument dat vermoedelijk samenhangt met minder ziekenhuisopnames en meer zorg in de vertrouwde woonomgeving van bewoners. De verschillen tussen de twee onderzochte woonzorgcentra illustreren de cruciale rol van institutionele organisatie, de betrokkenheid van een vaste arts/CRA, en de protocollering van gespreks- en documentatieprocedures. In overeenstemming met internationale literatuur betekent dit dat een structurele implementatie-strategie, waarin opleiding van personeel, koppeling van VZP aan elektronische patiëntendossiers en duidelijke interdisciplinaire verantwoordelijkheden centraal staan, essentieel is om de potentie van vroege zorgplanning volledig te realiseren.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 3
INLEIDING 6
ONDERZOEKSMETHODIEK 9
Studieopzet en-populatie 9
Dataverzameling 9
Statistische analyse 10
Ethische overwegingen 10
RESULTATEN 11
DISCUSSIE 17
BESLUIT 20
REFERENTIES 21
BIJLAGEN 24
Bijlage 1. Goedkeuring Ethisch Comité Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) 24
Bijlage 2. Goedgekeurd protocol 27
Bijlage 3. “Informed consent form” 31

INLEIDING

De vergrijzing van de bevolking leidt tot een sterke toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit (1, 2). Dit geldt in het bijzonder voor bewoners van woonzorgcentra (WZC), die vaak gekenmerkt worden door 'frailty', een beperkte zelfredzaamheid en een verhoogd sterfterisico (3-7). Tegelijk staat de gezondheidszorg onder druk: een groeiende zorgvraag moet gefinancierd worden door een relatief kleiner wordende groep, terwijl de zorg voor oudere, multimorbide patiënten aantoonbaar duurder is dan voor personen met voornamelijk acute problemen (8-10). Deze combinatie van toenemende kwetsbaarheid en stijgende kosten maakt een bewuste en doelgerichte inzet van zorgmiddelen noodzakelijk.

Bewoners van WZC doen in de laatste levensjaren frequent een beroep op spoedgevallen- en ziekenhuiszorg (11-14). Transfers naar spoedgevallendiensten gaan echter gepaard met risico's zoals delirium, cognitieve achteruitgang, functieverlies, infecties en een daling van het mentaal welbevinden (15-19). Daarnaast blijkt uit de internationale literatuur dat ziekenhuisopnames van WZC-bewoners niet zelden als vermijdbaar of van twijfelachtige indicatie worden beoordeeld, waarbij onzekerheid over de wenselijkheid van verdere behandeling, druk vanuit familie en afwezigheid van duidelijke zorgafspraken een belangrijke rol spelen (20). Tegen deze achtergrond wordt het des te belangrijker om proactief te bepalen welke interventies voor welke patiënten nog zinvol en wenselijk zijn.

Vroegtijdige zorgplanning (VZP), in de literatuur ook vaak omschreven als 'advance care planning' (ACP), biedt een gestructureerd kader om wensen, waarden en behandelvoorkeuren van patiënten tijdig te exploreren, documenteren en regelmatig te herevalueren (21). Instrumenten zoals "do not resuscitate" (DNR-), "do not hospitalize" (DNH-)orders en "Physician Orders for Life-Sustaining Treatment" (POLST-)formulieren vertalen deze voorkeuren in concrete medische instructies. Verschillende cohortstudies en systematische reviews tonen aan dat ACP bij WZC-bewoners geassocieerd is met minder ziekenhuisopnames, minder intensieve zorg in de laatste levensfase en een hogere kans om te overlijden in de vertrouwde omgeving van het woonzorgcentrum, met een betere kans op doelconcordante zorg (22-26). Recente reviews bevestigen deze gunstige effecten en benadrukken dat goed geïmplementeerde ACP-programma's zowel de kwaliteit van zorg als de kwaliteit van sterven verbeteren (21, 27).

Desondanks blijft de implementatie van VZP in WZC vaak onvolledig en heterogeen. Grote observationele studies hebben aangetoond dat DNH-orders relatief zeldzaam zijn, terwijl DNR-codes vaker voorkomen, maar nog steeds niet universeel zijn (22, 23, 25). Bovendien blijkt VZP geen statisch gegeven: voorkeuren en medische orders worden regelmatig aangepast naarmate de klinische situatie verandert, wat het belang van een dynamisch, continu proces onderstreept (28). Belangrijk is dat

verschillende studies aantonen dat de loutere aanwezigheid van een DNR- of DNH-code in het dossier niet garandeert dat deze in acute situaties ook effectief wordt gevolgd. In praktijk fungeren deze documenten vaak als gespreksstarter; bij plotse verslechtering wegen ad-hoc overleg met familie en de inschatting van de behandelend arts soms zwaarder door dan de bestaande code (29-31).

Een bijkomend en kritisch probleem is de beschikbaarheid van deze informatie op scharniermomenten in de zorgketen. Verschillende onderzoeken rapporteren dat 'advance directives' en DNR-orders bij transfers van WZC naar spoedgevallendiensten of bij pre-hospitaal interventies vaak ontbreken, onvolledig zijn of niet tijdig teruggevonden worden (32, 33). Recente systematische reviews over wilsverklaringen en 'advance directives' in spoedgevallendiensten beschrijven vergelijkbare problemen; zelfs wanneer er documentatie bestaat, is die bij aankomst op de spoedgevallendienst niet altijd beschikbaar of consulteerbaar, waardoor zorgverleners noodgedwongen handelen zonder kennis van eerder vastgelegde wensen (34, 35). Nieuwe gegevens wijzen erop dat DNR-afspraken ook bij andere transitiemomenten niet consequent worden doorgegeven, wat kan leiden tot ongewenste reanimatiepogingen (36, 37).

In de Belgische context bestaat er intussen een duidelijk juridisch en beleidsmatig kader rond VZP en ACP, en werden diverse interventieprogramma's ontwikkeld om ACP in WZC te stimuleren. Studies uit Vlaanderen tonen dat systematische ACP-programma's kunnen leiden tot betere communicatie, meer betrokkenheid van bewoners en naasten en verbeterde kwaliteit van leven en sterven (38, 39). Tegelijkertijd toont recente data aan dat de implementatie tussen instellingen sterk varieert en dat kwetsbare of cultureel diverse groepen minder vaak bereikt worden (40). Systematische reviews bij bewoners en familieleden benadrukken bovendien dat gesprekken over toekomstige zorg vaak te laat opgestart worden, dat communicatie over prognose en behandelopties tekortschiet, en dat zowel bewoners als naasten onzeker zijn over de juridische en praktische status van ACP-documenten (15, 27, 41-45).

Ondanks de groeiende literatuur over prevalentie, inhoud en effecten van VZP in WZC, is er opvallend weinig bekend over de feitelijke beschikbaarheid van deze informatie op het moment dat cruciale medische beslissingen moeten worden genomen, met name bij acute medische gebeurtenissen en (pre-)hospitaal interventies. De meeste studies focussen op aanwezigheid van ACP in het dossier of op uitkomsten zoals ziekenhuisopnames en plaats van overlijden, maar analyseren niet systematisch in welke mate DNR-, DNH- en andere VZP-afspraken effectief bereikbaar zijn voor zorgverleners buiten het WZC op het cruciale moment van zorgverlening (45-47).

Tegen deze achtergrond is het relevant om na te gaan hoe het in de dagelijkse praktijk gesteld is met de beschikbaarheid van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. Deze studie beoogt daarom de

beschikbaarheid van VZP-documentatie, inclusief DNR- en DNH-codes en andere formeel vastgelegde behandelvoorkeuren, in WZC in kaart te brengen, en na te gaan welke residentgebonden en organisatorische factoren hiermee samenhangen. Door deze lacune te adresseren, kan beter worden begrepen waarom in acute situaties nog zo vaak zonder duidelijke informatie over vooraf besproken zorgdoelen moet worden gehandeld, en welke aangrijpingspunten bestaan om VZP niet alleen vaker in te voeren, maar ook beter beschikbaar te maken op de momenten waarop zij het meest nodig is.

ONDERZOEKSMETHODIEK

Studieopzet en -populatie

Dit onderzoek betreft een retrospectieve, observationele studie die uitgevoerd werd in twee woonzorgcentra (WZC) in Vlaanderen, Huis Vandecruys (HVDC) in Deurne en Rubens in Berchem. Alle bewoners waarvoor tijdens de onderzoeksperiode contact werd opgenomen met een arts, hetzij via de eigen huisarts, de wachtarts, de coördinerend en raadgevend arts (CRA), of via de dringende geneeskundige hulpverlening (112), werden geïncludeerd. Elke oproep of contactmoment vormde een afzonderlijke observatie-eenheid. Er werden geen exclusiecriteria gehanteerd, zodat zowel acute medische als niet-urgente contacten in de analyse werden opgenomen.

Dataverzameling

De gegevens werden retrospectief verzameld uit de interne registraties van WZC HVDC tussen december 2024 en oktober 2025 en WZC Rubens tussen juni 2025 en oktober 2025, dat later geïncludeerd werd. Voor elk contactmoment werden demografische en klinische variabelen geregistreerd, evenals contextuele kenmerken van de oproep. De database omvatte volgende variabelen:

Identificatie: woonzorgcentrum, naam en geboortedatum van de bewoner.
Demografische gegevens: leeftijd (in jaren) en geslacht.
Context van de oproep: datum, weekdag en moment van de dag (voormiddag, namiddag, avond).
Wijze van contactname: telefonisch of via beveiligd communicatieplatform.
Type zorgverlener: eigen huisarts, wachtarts, CRA of via de 112.
Reden van oproep/contact: klinische of logistieke reden voor het contacteren van de arts.
Vroegtijdige zorgplanning (VZP): aanwezigheid en inhoud van een DNR-code of andere VZP-afspraak
Beleid: concreet genomen medische beslissing (bijv. beleid binnen WZC, hospitalisatie, comfortzorg).
Afwijking van VZP: documentatie van eventuele afwijkingen van de vooraf vastgelegde VZP, inclusief motivering.

De beschikbaarheid van vroegtijdige zorgplanning werd gedefinieerd als de aanwezigheid van een formeel gedocumenteerde DNR- of VZP-code in het medisch dossier van de bewoner. Een contactmoment werd als *"afwijkend van VZP"* beschouwd wanneer het uitgevoerde beleid niet overeenstemde met de beschreven code (bijv. hospitalisatie bij DNR 2). De type zorgverlener werd

gecategoriseerd als CRA, eigen huisarts, wachtarts of 112. Tijdstippen van contact werden verder gegroepeerd per dagdeel en weekdag om patronen in oproepgedrag te kunnen analyseren.

Statistische analyse

De gegevens werden geanalyseerd met IBM SPSS Statistics (versie 29.0) en Microsoft Excel 2021. Descriptieve statistieken (frequenties, proporties, gemiddelden ± standaarddeviatie) werden gebruikt om de kenmerken van de populatie en de oproepen te beschrijven.
De beschikbaarheid van VZP werd uitgedrukt als het percentage bewoners of contactmomenten waarbij een DNR/VZP-code aanwezig was.

Verschillen in beschikbaarheid of naleving van VZP werden geëvalueerd naargelang:

- type zorgverlener (CRA, huisarts, 112),
- wijze van contact (telefonisch vs. beveiligd platform),
- tijdstip van contact (werkdag/weekend, dag/avond),
- en reden van oproep (acute vs. niet-acute medische toestand).

Associaties tussen categorische variabelen werden onderzocht met de chi-kwadraattoets of Fisher's exact test wanneer van toepassing; voor continue variabelen werd gebruikgemaakt van de t-toets of Mann-Whitney-U-test afhankelijk van de verdelingsvorm. Een p-waarde < 0.05 werd als statistisch significant beschouwd.

Ethische overwegingen

Alle gegevens werden geanonimiseerd vóór analyse; namen en identificatiegegevens werden enkel gebruikt voor interne verificatie en nadien verwijderd. Het onderzoek werd uitgevoerd conform de Verklaring van Helsinki en de richtlijnen voor Good Clinical Practice. Goedkeuring van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) werd bekomen (Project ID 7075). Elke verpleeg- of zorgkundige betrokken bij de dataverzameling diende op voorhand een 'informed consent' formulier te tekenen.

RESULTATEN

In totaal werden 73 contactmomenten geregistreerd, afkomstig van 46 unieke bewoners uit twee woonzorgcentra: HVDC (n = 62; 35 bewoners) en Rubens (n = 11; 11 bewoners). De gemiddelde leeftijd van de totale populatie bedroeg 86.7 ± 7.2 jaar (mediaan = 89; range = 65–99 jaar). In WZC HVDC was de gemiddelde leeftijd 86.6 ± 7,4 jaar (mediaan = 89; range = 65–99 jaar) en in Rubens 87.3 ± 5,3 jaar (mediaan = 88; range = 77–97 jaar). Er was geen significant verschil in gemiddelde leeftijd tussen de twee WZC (p=0.87). Er was een overwicht van vrouwelijke bewoners (74.0%) ten opzichte van mannen (26.0%). Het geslachtsverschil tussen de centra was niet significant (p=0.14), hoewel in Rubens proportioneel meer mannen aanwezig waren (45.5% vs. 22.6%). De demografische gegevens van de bewoners staan samengevat in tabel 1.

Tabel 1. Demografische gegevens

Variabele	Totaal (n=73)	HVDC (n=62)	Rubens (n=11)	*p*-waarde
Aantal bewoners	46	35	11	—
Leeftijd, jaar – gemiddelde ± SD (mediaan; range)	86.7±7.2 (89; 65–99)	86.6±7.4 (89; 65–99)	87.3±5.3 (88; 77–97)	0.87
Geslacht, n (%) man	19 (26.0%)	14 (22.6%)	5 (45.5%)	0.14

Legende: *waarden uitgedrukt als aantal (%) tenzij anders vermeld. p-waarden berekend met Mann–Whitney U (leeftijd) en Fisher exact (geslacht)*

De oproepen waren verspreid over alle weekdagen, zonder significant verschil tussen WZC HVDC en WZC Rubens (p=0.07). In de totale steekproef werden oproepen het vaakst geregistreerd op vrijdag (20.5%), gevolgd door dinsdag (16.4%), maandag (15.1%) en woensdag (15.1%). Wat het tijdstip betreft, vonden de meeste contacten plaats in de namiddag (34.2%) of voormiddag (26.0%). Oproepen tijdens de avond en nacht waren minder frequent (respectievelijk 13.7% en 4.1%). Voor WZC Rubens ontbraken systematisch gegevens over het moment van de dag, waardoor deze variabele hoofdzakelijk geïnterpreteerd kon worden binnen WZC HVDC. De verdeling van de oproepen per weekdag en moment van de dag worden samengevat in tabel 2.

Tabel 2. Verdeling van oproepen per weekdag en moment van de dag

Variabele	Totaal n (%)	HVDC n (%)	Rubens n (%)	*p*-waarde
Weekdag				0.07

Maandag	11 (15.1)	8 (12.9)	3 (27.3)	
Dinsdag	12 (16.4)	8 (12.9)	4 (36.4)	
Woensdag	11 (15.1)	10 (16.1)	1 (9.1)	
Donderdag	10 (13.7)	7 (11.3)	3 (27.3)	
Vrijdag	15 (20.5)	15 (24.2)	0 (0)	
Zaterdag	9 (12.3)	9 (14.5)	0 (0)	
Zondag	5 (6.8)	5 (8.1)	0 (0)	
Moment van de dag				—[1]
Voormiddag	19 (26.0)	19 (30.6)	0 (0)	
Namiddag	25 (34.2)	25 (40.3)	0 (0)	
Avond	10 (13.7)	10 (16.1)	0 (0)	
Nacht	3 (4.1)	3 (4.8)	0 (0)	
Onbekend	16 (21.9)	5 (8.1)	11 (100)	

[1] *Niet interpreteerbaar door ontbrekende registraties in WZC Rubens.*

In WZC HVDC verliep het merendeel van de oproepen via de CRA (66.1%), gevolgd door oproepen via 112 (22.6%), de eigen huisarts (6.5%) of de wachtarts (4.8%). In Rubens werden alle oproepen (100%) geregistreerd als verlopen via 112 (rechtstreeks of via een andere arts). Er werd een duidelijk verschil vastgesteld in de betrokken zorgverleners tussen beide woonzorgcentra ($p<0.001$).

De gerapporteerde redenen voor contact waren uiteenlopend, maar konden na inhoudsanalyse in enkele categorieën worden samengebracht. De meest voorkomende categorie in de totale steekproef was overig/niet-specifiek (39.7%), gevolgd door respiratoire of cardiale klachten (16.4%), valincidenten of trauma (13.7%), algemene malaise of pijn (9.6%), neurologische symptomen (5.5%), metabole ontregeling (5.5%), infectieus (5.5%) en gastro-intestinaal (4.1%). In WZC Rubens was de verdeling minder variabel; een groot aandeel van oproepen was voor respiratoire/cardiale problemen (45.5%) en traumata (36.4%), terwijl HVDC een breder scala aan oorzaken vertoonde met een groter aandeel niet-specifieke of milde klachten.

Het gevolg van elk contact, oftewel de concreet genomen medische beslissing, werd weergegeven als beleid. Een overzicht van deze gegevens kunnen worden teruggevonden in tabel 3.

Tabel 3. Gecontacteerde zorgverlener, reden van oproep en beleid per WZC

Variabele	Totaal n (%)	HVDC n (%)	Rubens n (%)	*p*-waarde
Gecontacteerde zorgverlener				<0.001
CRA	41 (56.2)	41 (66.1)	0 (0)	
112	25 (34.2)	14 (22.6)	11 (100)	
Eigen huisarts	4 (5.5)	4 (6.5)	0 (0)	
Wachtarts	3 (4.1)	3 (4.8)	0 (0)	
Reden van oproep (gegroepeerd)				—
Niet-specifieke klachten	29 (39.7)	29 (46.8)	0 (0)	
Respiratoir/cardiaal	12 (16.4)	7 (11.3)	5 (45.5)	
Val/trauma	10 (13.7)	6 (9.7)	4 (36.4)	
Pijn/algemene malaise	7 (9.6)	6 (9.7)	1 (9.1)	
Andere medische categorieën	15 (20.5)	14 (22.6)	1 (9.1)	
Beleid (gegroepeerd)				0.0002
Beleid binnen WZC	33 (45.2)	33 (53.2)	0 (0)	
Comfortzorg WZC	9 (12.3)	9 (14.5)	0 (0)	
Hospitalisatie	29 (39.7)	18 (29.0)	11 (100)	
Contacteer 112 / overig	2 (2.7)	2 (3.2)	0 (0)	

CRA, coördinerend en raadgevend arts; WZC, woonzorgcentrum

De aanwezigheid van vroegtijdige zorgplanning verschilde sterk tussen beide centra (p<0.001). In WZC HVDC was bij 74.2% van de oproepen een formeel gedocumenteerde VZP aanwezig, doorgaans in de vorm van “DNR 2: geen hospitalisatie”. Daarentegen werden in Rubens geen formeel geregistreerde VZP’s teruggevonden: 63.6% van de oproepen hadden geen VZP, en 36.4% waren aangeduid als onbekend. Voor de totale steekproef betrof 54.8% van de contactmomenten een “DNR 2: geen hospitalisatie”, 31.5% “geen VZP”, en 4.1% “DNR 1: geen reanimatie”. Deze gegevens worden samengevat in tabel 4.

Tabel 4. Beschikbaarheid en type VZP

VZP-kenmerk	Totaal n (%)	HVDC n (%)	Rubens n (%)	*p*-waarde
Aanwezigheid				<0.001
VZP aanwezig	46 (63.0)	46 (74.2)	0 (0)	
Geen VZP	23 (31.5)	16 (25.8)	7 (63.6)	
Onbekend	4 (5.5)	0 (0)	4 (36.4)	
Type				—
DNR 2: geen hospitalisatie	40 (54.8)	40 (64.5)	0 (0)	
DNR 1: geen reanimatie	3 (4.1)	3 (4.8)	0 (0)	
DNR 2 (niet verder gespecifieerd)	2 (2.7)	2 (3.2)	0 (0)	
Geen VZP	23 (31.5)	16 (25.8)	7 (63.6)	
Onbekend	4 (5.5)	0 (0)	4 (36.4)	

DNR, do not resuscitate; VZP, vroegtijdige zorgplanning

Het gekozen beleid verschilde significant tussen de twee woonzorgcentra (p=0.0002). In WZC HVDC werd in 53.2% van de oproepen een behandelplan binnen het WZC uitgevoerd, in 14.5% werd comfortzorg ingesteld met overlijden binnen het WZC, en in 29.0% volgde hospitalisatie. In Rubens resulteerde elke oproep (100%) in hospitalisatie. Over de volledige populatie genomen vond 39.7% van de oproepen plaats met ziekenhuisopname als gevolg, terwijl 60.3% intern in het WZC werd afgehandeld (inclusief comfortzorg).

Er werd een sterk significant verband vastgesteld tussen de aanwezigheid van VZP en de kans op hospitalisatie (p<0.001). Bij bewoners met een gedocumenteerde VZP bleef 78.3% binnen het WZC en werd 21.7% gehospitaliseerd, terwijl bij bewoners zonder gedocumenteerde VZP 34.8% binnen het WZC bleef en 65.2% werd gehospitaliseerd (tabel 5a). Ook tussen het type zorgverlener en hospitalisatie werd een zeer sterk verband aangetoond (p<0.001): wanneer de oproep via CRA verliep, bleef de bewoner in alle gevallen binnen het WZC (geen hospitalisatie). Oproepen via 112 leidden daarentegen in 100% van de gevallen tot ziekenhuisopname (tabel 5b).

Tabel 5a. Verband tussen VZP en hospitalisatie

VZP J/N	Geen hospitalisatie n (%)	Hospitalisatie n (%)	N
VZP	36 (78.3)	10 (21.7)	46
Geen VZP	8 (34.8)	15 (65.2)	23
Onbekend	0 (0.0)	4 (100)	4
Totaal	**44 (60.3)**	**29 (39.7)**	**73**

VZP; vroegtijdige zorgplanning

Tabel 5b. Verband tussen type zorgverlener en hospitalisatie

Type zorgverlener (gegroepeerd)	Geen hospitalisatie n (%)	Hospitalisatie n (%)	N
CRA	41 (100)	0 (0.0)	41
112	0 (0.0)	25 (100)	25
Eigen huisarts	3 (75.0)	1 (25.0)	4
Wachtarts	1 (33.3)	2 (66.7)	3
Totaal	**44 (60.3)**	**29 (39.7)**	**73**

Het tijdstip van de oproep vertoonde eveneens een significant verband met het uiteindelijke beleid (p=0.0002). Hospitalisaties kwamen proportioneel vaker voor tijdens de nacht (100% van de nachtelijke oproepen). Binnen WZC HVDC was geen duidelijk patroon zichtbaar, maar de trend wijst op een hogere kans op hospitalisatie buiten kantooruren, wanneer veelal een wachtarts gecontacteerd wordt. Er werd geen significant verband gevonden tussen de weekdag van oproep en de kans op hospitalisatie (p=0.83). Ziekenhuisopnames waren relatief gelijkmatig verdeeld over de week, zonder weekendpiek.

Tabel 5c. Verband tussen moment van de dag en hospitalisatie

Moment van de dag	Geen hospitalisatie n (%)	Hospitalisatie n (%)	N
Voormiddag	14 (73.7)	5 (26.3)	19
Namiddag	19 (76.0)	6 (24.0)	25

Avond	8 (80.0)	2 (20.0)	10
Nacht	0 (0.0)	3 (100)	3
Onbekend	3 (18.8)	13 (81.3)	16
Totaal	**44 (60.3)**	**29 (39.7)**	**73**

DISCUSSIE

De resultaten van deze studie passen binnen de internationale literatuur en reeds gepubliceerde data over VZP in WZC, maar helpen tegelijk ook enkele belangrijke lacunes in kaart te brengen. In de analyse van 73 contactmomenten bij 46 bewoners uit twee Vlaamse WZC bleek dat de beschikbaarheid van een schriftelijk vastgelegde VZP in het ene centrum (HVDC) hoog was, terwijl in het andere centrum (Rubens) geen enkele dergelijke documentatie beschikbaar bleek. Bewoners met gedocumenteerde VZP hadden een hospitalisatierisico van 21.7% tegenover 65.2% bij afwezigheid van VZP, en opvallend 100% wanneer de status onbekend was. De gegevens tonen aan dat in WZC HVDC een meerderheid van de oproepen binnen de instelling kon worden afgehandeld, vooral via de diensten van de CRA, terwijl in WZC Rubens alle oproepen via 112 gebeurden en resulteerden in hospitalisaties. Belangrijk te vermelden hierbij is dat in WZC HVDC de zogenaamde CRA telkens ook de eigen huisarts is. Het onderscheid tussen eigen huisarts niet-CRA en CRA doch ook eigen huisarts werd expliciet gemaakt omdat geweten is dat bij de meerderheid van de patiënten binnen WZC HVDC de eigen huisarts ook de CRA is. Op die manier is er voor de meerderheid van de patiënten één aanspreekpunt.

In de recente literatuur wordt ook gesuggereerd dat bewoners van een WZC met een vooraf besproken behandelbeleid een significant lagere frequentie van ziekenhuisopnames heeft. In een systematische review met meta-analyse van Pimsen et al., toonden de auteurs aan dat ACP-interventies in WZC de kans op hospitalisaties significant verlagen (48). In een grote cross-sectionele studie van 43,000 patiënten toonden Nakashima et al. ook aan dat bewoners met een DNH-order significant minder vaak naar ziekenhuis of spoedgevallendienst werden overgeplaatst (49). De huidige Vlaamse gegevens sluiten hier duidelijk op aan: het sterke verschil in ziekenhuisopname tussen bewoners met en zonder VZP bevestigt dat dergelijke plannen effect kunnen hebben op acuut beleid in de instelling. Tegelijkertijd benadrukken eerdere studies dat het niet louter het bestaan van een document is dat telt, maar de feitelijke beschikbaarheid op het moment van besluitvorming. Weber et al. vonden bijvoorbeeld dat ‘advance directives’ vaak wel bestaan, maar bij aankomst op de spoedafdeling niet beschikbaar zijn of geraadpleegd worden (35). De huidige gegevens van deze studie tonen dat in WZC Rubens het ontbreken van VZP-documentatie in de instelling zelf al een basisprobleem is; de standaardkeuze werd hospitalisatie, waarschijnlijk omdat er geen expliciete voorkeuren vastlagen.

Wat verder opvalt, is dat in de literatuur vaak wordt beschreven dat DNH-afspraken eerder uitzonderlijk zijn (ongeveer 4–15% in grote buitenlandse cohortstudies) en dat DNR-afspraken vaker voorkomen (ongeveer 50-66%). In deze studie was in WZC HVDC het aandeel met een DNH-afspraak opvallend hoog binnen de contactmomenten (64.5%), veel hoger dan wat in veel internationale onderzoeken wordt bericht. Dit suggereert dat deze instelling mogelijk een meer systematisch VZP-beleid heeft

geïmplementeerd dan gemiddeld. In de literatuur benadrukken Cohen et al. bijvoorbeeld dat “no transfer to hospital”-orders in de praktijk niet altijd letterlijk worden gevolgd, vaak door veranderende klinische situaties of onduidelijke communicatie met familieleden (44). In deze studie lijkt de bestaande VZP-documentatie in HVDC wel daadwerkelijk leidend te zijn geweest voor beleidskeuzes daar, al blijft de retrospectieve en kleinschalige opzet voorzichtigheid eisen.

De dynamiek van VZP wordt eveneens in hedendaagse studies onderstreept: Wong et al. rapporteren in hun retrospectieve studie van 102,541 patiënten dat VZP-afspraken bij bewoners in WZC regelmatig worden aangepast gedurende de opnameperiode, afhankelijk van gezondheidstoestand en voorkeuren (28). In onze studie werd niet systematisch nagegaan hoe lang de vastgelegde VZP-codes bestonden of hoe vaak ze herzien werden; toch geeft het gegeven dat bewoners met VZP binnen de instelling bleven bij acute situatie aan dat de afspraken op het moment van oproep als relevant werden beschouwd door de behandelende zorgverlener(s).

Wat betreft de Belgische context tonen de bevindingen dat hoewel het beleidskader voor ACP/VZP sterk is ontwikkeld, de implementatie in woonzorgcentra eerder heterogeen is. Studies door Gendt et al. toonden reeds grote variatie in de opname van ACP-instrumenten in Vlaamse WZC, en meer recent beschrijven Dupont et al. dat structurele ondersteuning en opleiding van personeel een belangrijke doorslag geven in effectieve toepassing van VZP in praktijk (38, 40). Dit weerspiegelt zich in de praktijk van de twee onderzochte centra: dezelfde beleidsmatige en geografische context, maar duidelijk verschillende uitkomsten wat betreft VZP-beschikbaarheid en organisatorische werkwijzen. Hoewel hier niet zeker geweten, zou een verschil in expertise, vaardigheden en beschikbare middelen met betrekking tot opvang van acute problematiek, maar ook bieden van comfortzorg, een rol kunnen spelen in het gekozen beleid. Zo zou het ene centrum meer mogelijkheden kunnen hebben om patiënten binnen hun vertrouwde omgeving te houden.

De sterkte van deze studie situeert zich in het gebruik van contactmomenten als analyse-eenheid, wat het mogelijk maakt om een direct verband te leggen tussen VZP-status, organisatorisch verloop van de oproep (CRA versus 112) en het beleid (hospitalisatie of verblijf in WZC). Dit niveau van detail is in de literatuur vaak niet terug te vinden. Tegelijkertijd kent de studie duidelijke beperkingen: het betreft twee centra met in totaal 73 contactmomenten, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is; daarnaast werd niet systematisch onderzocht of de aanwezige VZP-documentatie ook effectief beschikbaar was voor de hulpdiensten buiten het woonzorgcentrum; ook werd niet onderzocht wat de kwaliteit van de VZP-gesprekken was of welke mate van gedeelde besluitvorming plaatsvond met bewoners en familieleden. In toekomstige studies is het wenselijk om een prospectieve opzet te hanteren, met grotere aantallen WZC, waarbij niet alleen de registratie van VZP wordt gemeten, maar ook de inhoud,

beschikbaarheid, herziening, overdracht aan externe zorginstanties, en uitkomsten zoals kwaliteit van leven, plaats van overlijden, en tevredenheid van bewoners en familie.

BESLUIT

De intentie van deze masterproef was om de beschikbaarheid van VZP in WZC in kaart te brengen alsook eventuele residentgebonden en organisatorische factoren die hier een invloed op zouden kunnen hebben. Helaas kan op basis van de verzamelde gegevens hierover gaan uitspraak gedaan worden, maar er zijn desondanks zeer waardevolle conclusies te trekken.

Dankzij de zorgvuldig geregistreerde contactmomenten in WZC HVDC, kon aangetoond worden dat een gedocumenteerde en beschikbare VZP tot een lager hospitalisatierisico leidde. Daarenboven zag men een significant lager aantal opnames wanneer contact werd genomen met de CRA. In dit specifiek WZC is dit bij de overgrote meerderheid van de patiënten ook de behandelende huisarts. Het blijkt dat wanneer deze dus een prioriteit maakt van VZP, dergelijke resultaten bekomen kunnen worden. Daarenboven zal de homogeniteit qua behandelaar allicht voor een lagere drempel zorgen zowel wat betreft contact opnemen als opzetten van VZP-gesprekken.

In vergelijking daarmee is het erg duidelijk dat de volledige afwezigheid van VZP in WZC Rubens in acute situaties leidt tot 100% hospitalisaties.

Algemeen onderstreept deze masterproef dat het systematisch vastleggen van behandelvoorkeuren in WZC niet slechts een administratieve oefening is, maar een beleidsinstrument dat vermoedelijk samenhangt met minder ziekenhuisopnames en meer zorg in de vertrouwde woonomgeving van bewoners. De verschillen tussen de twee onderzochte woonzorgcentra illustreren de cruciale rol van institutionele organisatie, de betrokkenheid van een vaste arts/CRA, en de protocollering van gespreks- en documentatieprocedures. In overeenstemming met internationale literatuur betekent dit dat een structurele implementatie-strategie, waarin opleiding van personeel, koppeling van VZP aan elektronische patiëntendossiers en duidelijke interdisciplinaire verantwoordelijkheden centraal staan, essentieel is om de potentie van vroege zorgplanning volledig te realiseren.

REFERENTIES

1. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. Nature Reviews Disease Primers. 2022;8(1):48.
2. Quiñones AR, Hwang J, Heintzman J, Huguet N, Lucas JA, Schmidt TD, et al. Trajectories of Chronic Disease and Multimorbidity Among Middle-aged and Older Patients at Community Health Centers. JAMA Network Open. 2023;6(4):e237497-e.
3. Kojima G. Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(11):940-5.
4. Luo H, Lum TY, Wong GH, Kwan JS, Tang JY, Chi I. Predicting Adverse Health Outcomes in Nursing Homes: A 9-Year Longitudinal Study and Development of the FRAIL-Minimum Data Set (MDS) Quick Screening Tool. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(12):1042-7.
5. Zhang X, Dou Q, Zhang W, Wang C, Xie X, Yang Y, et al. Frailty as a Predictor of All-Cause Mortality Among Older Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(6):657-63 e4.
6. Nelis SM, Wu YT, Matthews FE, Martyr A, Quinn C, Rippon I, et al. The impact of co-morbidity on the quality of life of people with dementia: findings from the IDEAL study. Age Ageing. 2019;48(3):361-7.
7. Reilev M, Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hoffmann H, Pottegard A. Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. Age Ageing. 2019;49(1):67-73.
8. Fishman P, Von Korff M, Lozano P, Hecht J. Chronic care costs in managed care. Health Aff (Millwood). 1997;16(3):239-47.
9. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. JAMA. 1996;276(18):1473-9.
10. Pobrotyn P, Suslo R, Witczak IT, Rypicz L, Drobnik J. An analysis of the costs of treating aged patients in a large clinical hospital in Poland under the pressure of recent demographic trends. Arch Med Sci. 2020;16(3):666-71.
11. Goldsbury DE, O'Connell DL, Girgis A, Wilkinson A, Phillips JL, Davidson PM, et al. Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: a population-based retrospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2015;15:537.
12. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. CMAJ. 2007;177(11):1362-8.
13. Johnson CE, Mitchell GK. Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care. Med J Aust. 2011;195(5):267.
14. McCusker J, Ionescu-Ittu R, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. Acad Emerg Med. 2007;14(5):426-33.
15. Berning MJ, Oliveira JESL, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, et al. Interventions to improve older adults' Emergency Department patient experience: A systematic review. Am J Emerg Med. 2020;38(6):1257-69.
16. Landefeld CS. Care of hospitalized older patients: opportunities for hospital-based physicians. J Hosp Med. 2006;1(1):42-7.
17. Morphet J, Innes K, Griffiths DL, Crawford K, Williams A. Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: can they be avoided? Emerg Med Australas. 2015;27(5):412-8.
18. Mudge AM, McRae P, Hubbard RE, Peel NM, Lim WK, Barnett AG, et al. Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. J Am Geriatr Soc. 2019;67(2):352-6.
19. Wald HL. Prevention of hospital-acquired geriatric syndromes: applying lessons learned from infection control. J Am Geriatr Soc. 2012;60(2):364-6.

20. Marincowitz C, Preston L, Cantrell A, Tonkins M, Sabir L, Mason S. What influences decisions to transfer older care-home residents to the emergency department? A synthesis of qualitative reviews. Age and Ageing. 2022;51(11).
21. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(4):284-93.
22. Nakashima T, Young Y, Hsu WH. Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents With Do-Not-Hospitalize Orders? J Am Med Dir Assoc. 2017;18(5):438-41.
23. Tanuseputro P, Hsu A, Chalifoux M, Talarico R, Kobewka D, Scott M, et al. Do-Not-Resuscitate and Do-Not-Hospitalize Orders in Nursing Homes: Who Gets Them and Do They Make a Difference? J Am Med Dir Assoc. 2019;20(9):1169-74 e1.
24. Tark A, Agarwal M, Dick AW, Song J, Stone PW. Impact of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Program Maturity Status on the Nursing Home Resident's Place of Death. Am J Hosp Palliat Care. 2021;38(7):812-22.
25. Tjia J, Dharmawardene M, Givens JL. Advance Directives among Nursing Home Residents with Mild, Moderate, and Advanced Dementia. J Palliat Med. 2018;21(1):16-21.
26. Zingmond D, Powell D, Jennings LA, Escarce JJ, Liang LJ, Parikh P, et al. Relationship of POLST to Hospitalization and ICU Care Among Nursing Home Residents in California. J Gen Intern Med. 2023;38(16):3535-40.
27. Burks CE, Salaami O, Cantrell SE, Sharda NK, Yanamadala M. A Systematic Review of the Effects of Advance Care Planning Interventions in Nursing Homes. Journal of the American Medical Directors Association. 2023;24(12):1809-19.e4.
28. Wong HJ, Seow H, Gayowsky A, Sutradhar R, Wu RC, Lim H. Advance Directives Change Frequently in Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(8):105090.
29. Dowling MJ, Molloy U, Payne C, McLean S, McQuillan R, Noonan C, et al. Hospital transfer rates and advance care planning following a nursing home-targeted video-conference education series (Project ECHO): a prospective cohort study. Eur Geriatr Med. 2022;13(4):941-9.
30. Heim Smith NL, Sudore RL, Myers AL, Hammes BJ, Hickman SE. Reasons for Discordance Between Life-Sustaining Treatment Preferences and Medical Orders in Nursing Facilities Without POLST. Am J Hosp Palliat Care. 2023;40(8):837-43.
31. Nemiroff L, Marshall EG, Jensen JL, Clarke B, Andrew MK. Adherence to "No Transfer to Hospital" Advance Directives Among Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(11):1373-81.
32. McQuown CM, Frey JA, Amireh A, Chaudhary A. Transfer of DNR orders to the ED from extended care facilities. Am J Emerg Med. 2017;35(7):983-5.
33. Wall J, Hiestand B, Caterino J. Epidemiology of Advance Directives in Extended Care Facility Patients Presenting to the Emergency Department. West J Emerg Med. 2015;16(7):966-73.
34. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. BMC Geriatrics. 2019;19(1):17.
35. Weber V, Hübner A, Pflock S, Schamberger L, Somasundaram R, Boehm L, et al. Advance directives in the emergency department-a systematic review of the status quo. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):426.
36. Jensen HI, Andersen H, Bruun H. Improving Awareness and Communication of Do Not Resuscitate Orders During Transitions of Care. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2025;51(9):574-81.
37. Paratz ED, Nehme E, Burton S, Heriot N, Bissland K, Rowe S, et al. Resuscitation of people with a do-not-resuscitate order: When does it happen and what are the outcomes? Resuscitation. 2023;193:110027.
38. De Gendt C, Bilsen J, Stichele RV, Deliens L. Advance Care Planning and Dying in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey. Journal of Pain and Symptom Management. 2013;45(2):223-34.

39. Gilissen J, Pivodic L, Gastmans C, Vander Stichele R, Deliens L, Breuer E, et al. How to achieve the desired outcomes of advance care planning in nursing homes: a theory of change. BMC Geriatrics. 2018;18(1):47.
40. Dupont C, De Vleminck A, Deliens L, Gilissen J. Advance Care Planning in Belgium. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2023;180:121-6.
41. Arias-Rojas M, Leiserovich N, Castaño M, Carreño-Moreno S. Experiences of cancer patients in palliative care with advanced care planning: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Eur J Oncol Nurs. 2025;76:102868.
42. Chen L, Cheng Y, Qu J, Wang Z. Implementation and effectiveness of advance care planning in hospitalized older adults with chronic heart failure: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2025;Volume 12 - 2025.
43. Choi HR, Chu HN, Jia S, Liu X, Wang T, Lin C-C. Family perspectives on and experiences with advance care planning in nursing homes: A thematic synthesis. Journal of Advanced Nursing. 2025;81(3):1116-29.
44. Cohen AB, Knobf MT, Fried TR. Do-Not-Hospitalize Orders in Nursing Homes: "Call the Family Instead of Calling the Ambulance". J Am Geriatr Soc. 2017;65(7):1573-7.
45. Crooks J, Rizk N, Simpson-Greene C, Hopwood G, Smith O, Seddon K, et al. Evaluating outcomes of advance care planning interventions for adults living with advanced illness and people close to them: A systematic meta-review. Palliat Med. 2025;39(8):833-48.
46. Lo Y-T, Wang J-J, Yang Y-C, Yu C-Y, Chang C-M, Yang Y-P. Effects of Advance Care Planning on End-of-Life Indicators for Nursing Home Residents—An Experimental Study with a Retrospective Chart Review. Geriatrics. 2024;9(2):42.
47. Wendrich-van Dael A, Gilissen J, Van Humbeeck L, Deliens L, Vander Stichele R, Gastmans C, et al. Advance care planning in nursing homes: new conversation and documentation tools. BMJ Support Palliat Care. 2021;11(3):312-7.
48. Pimsen A, Kao CY, Hsu ST, Shu BC. The Effect of Advance Care Planning Intervention on Hospitalization Among Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(9):1448-60.e1.
49. Nakashima T, Young Y, Hsu W-H. Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents With Do-Not-Hospitalize Orders? Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(5):438-41.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Goedkeuring Ethisch Comité Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)



ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Prof. dr. Hilde Philips

FAMPOP

Dr. Laetitia Van den Bossche

Huisartsgeneeskunde

Datum: 16/12/2024

Project ID 7075 - EDGE

Project titel: De verantwoordelijkheid van de huisarts in het beschikbaar stellen van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra (WZC)

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 16/12/2024

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

Document Type	File Name	Date	Version
CV	Masterproef 2_Ethisch comité_CV_HPhilips	31/10/2024	1
GCP	Masterproef 2_Ethisch comité_GCP_HPhilips	31/10/2024	1
Accompanying letter	Masterproef 2_Ethisch comité_Inleidende brief	01/11/2024	1
Protocol	Masterproef 2_Ethisch comité_Protocol_v1	01/11/2024	1
CV	Masterproef 2_Ethisch comité_CV_LVandenBossche	01/11/2024	1
GCP	Masterproef 2_Ethisch comité_GCP_LVandenBossche_29102024	01/11/2024	1
Insurance	Masterproef 2_Ethisch comité_Verzekeringsattest UA	04/11/2024	1
Other	Masterproef 2_Ethisch comité_ICF_v1	11/11/2024	1

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen

dienen gerapporteerd via het

incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
mevr. Madina Bachayeva	Legal
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Vera Callebaut	Psychologist
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
mevr. Renka Cools	Nurse
prof. dr. Patrick Cras	Physician
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
dhr. Pieter Moons	Vice-Chair, Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
mevr. Sien Venneman	Psychologist
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist

De verantwoordelijkheid van de huisarts in het beschikbaar stellen van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra (WZC)

1. Doelstelling en verantwoording

De onmiskenbare vergrijzing van onze bevolking zorgt ervoor dat er steeds meer mensen met chronische aandoeningen bestaan. Dankzij de razendsnelle evolutie van onze gezondheidszorg kunnen we ook steeds meer van deze aandoeningen behandelen.
De gezondheidszorg wordt grotendeels gefinancierd door overheidsmiddelen of met andere woorden, de belastingbetaler. Deze groep wordt echter relatief steeds kleiner door de vergrijzing waardoor meer kosten gedragen worden door een steeds kleiner deel van de bevolking.

Spreekt men over de vergrijzing van de bevolking, dan komt men onlosmakelijk terecht bij residenten van woonzorgcentra (WZC).
Patiënten uit WZC zijn doorgaans zeer fragiel, hebben een sterk beperkte zelfredzaamheid en sterk verminderde fysieke capaciteiten. (1-3) Het betreft een populatie met veel co-morbiditeiten en omwille hiervan vaak een verminderde levenskwaliteit. (1, 4)
Rusthuisbewoners doen in de laatste jaren van hun leven toch erg veel beroep op de medische hulpverlening (ziekenwagen, MUG, ziekenhuishuisopnames, intensieve zorgen, investigaties, …) (5-8) Niet alleen doet deze populatie vaker beroep op ons gezondheidssysteem, ook lopen de kosten voor ouderen, eens opgenomen, hoger op dan de kosten voor patiënten met minder co-morbiditeiten. (9, 10) Een Amerikaanse studie toonde aan dat de kost voor ouderen met 1 chronische aandoening 1,8 maal zo hoog is als de kost voor ouderen met enkel een acute aandoening, voor personen met 2 of meer chronische aandoeningen stijgt deze factor in vergelijking met dezelfde referentiegroep al tot 3,8. (11)

Eén van de uitdagingen is dan ook om als zorgverlener voldoende stil te staan bij het gebruik of het aanwenden van beschikbare middelen. We moeten er blijvend op toezien dat we de juiste patiënten selecteren voor het juiste type zorg. Patiënten ten gepaste tijde voorzien van curatieve zorg, als dit aan de orde is, maar ons ook tijdig richten op palliatieve zorg indien dit meer past.
Gezien het feit dat we in WZC dus te maken hebben met een zeer fragiele zorgbehoevende populatie met vele chronische co-morbiditeiten en een, gemiddeld genomen, eerder beperkte levensverwachting (12), is het dus erg belangrijk dat we het nut van interventies steeds goed afwegen en ervoor zorgen dat iedereen de gepaste zorgen krijgt. Dit betekent trachten de patiënten te selecteren bij wie er met doorgedreven zorgen nog kwalitatieve levensverlenging kan worden bekomen maar evenzeer de patiënten selecteren bij wie doorgedreven zorgen niet enkel zal lijden tot zinloze kosten en het zinloos belasten van onze reeds overbelaste gezondheidszorg, maar eveneens tot het blootstellen van deze populatie aan de risico's van interventies. Zo weten we bijvoorbeeld dat het blootstellen van patiënten uit een WZC aan de spoedgevallenomgeving kan lijden tot stressvolle ervaringen, desoriëntatie en toename van chronische klachten. (13, 14) Ook hospitalisaties van ouderen uit een WZC gaan gepaard met risico's inherent verbonden aan hospitalisaties, zoals delirium, cognitieve deterioratie, doorligwonden, infecties, afname van het mentaal welbevinden en vele anderen. (13, 15-17)

Een belangrijke rol in dit hele gebeuren is uiteraard weggelegd voor de huisarts. Als eerstelijnshulpverlener is de huisarts het eerste aanspreekpunt dan wel de eerste initiatiefnemer wanneer het aankomt op vroegtijdige zorgplanning (VZP).
Los van het feit of vroegtijdige zorgplanning al dan niet voldoende toegepast wordt in het huidige zorglandschap, botsen hulpverleners uit de eerste én tweede lijn, zoals MUG-artsen, er zeer vaak op dat eventueel vastgelegde DNR("Do not Reanimate/Resuscitate")-codes en afspraken omtrent vroegtijdige zorgplanning in acute situaties niet beschikbaar zijn.
Resultaten uit een zeer recente (nog niet gepubliceerde) studie, uitgevoerd door collega's Spoedgevallen uit het Antwerpse, toonden dat van 230 patiënten, die via MUG-interventie in een WZC op de Spoedgevallendienst van een van twee Antwerpse ziekenhuizen terechtkwamen tussen 2017 en 2019, er bij de meerderheid van de patiënten (77,8%) geen DNR-code was of deze niet beschikbaar was op het moment van prehospitaal interventie.

2. Onderzoeksvragen

Bovenstaande leidt ons naadloos tot onderstaande onderzoeksvragen;

1. Welke factoren worden er geïdentificeerd als zijnde oorzakelijk voor de lage beschikbaarheid van DNR-codes/VZP in WZC?

2. Hoe kunnen we de beschikbaarheid in acute situaties verhogen?

Gezien de beperkte tijd waarin dit onderzoek zal kunnen plaatsvinden, zal vooral op de eerste onderzoeksvraag gefocust worden. Voor de tweede onderzoeksvraag zal een aanzet gegeven worden op basis van de verzamelde gegevens, die zou kunnen leiden als basis voor verder onderzoek.

3. Methodologie

a. Studiepopulatie

De artsen in Praktijk Bisschoppenhof zijn "belast" met de zorgen voor de patiënten die verblijven in Huis Vandecruys in Deurne. De maximumcapaciteit bedraagt daar 72 patiënten. Bij de meerderheid van de patiënten zou er iets van vroegtijdige zorgplanning aanwezig moeten zijn.

Aangezien ik 1,5 jaar als HAIO in bovenstaande praktijk zou verblijven en er een goede samenwerking is met het verpleegkundig team in Huis Vandecruys, zou ik gedurende minstens 1 jaar willen registreren wanneer en voor wie een oproep werd gedaan naar externe hulpverlening type noodcentrale 112 maar ook huisarts (van wacht).

De steekproefgrootte wordt in dit geval gelimiteerd door het maximum aantal residenten in Huis Vandecruys en zal uiteindelijk bepaald worden door de effectieve oproepen.

Na een zestal maanden kan tussentijds geëvalueerd worden hoeveel patiënten reeds geïncludeerd zijn kunnen worden en zo dit aantal eerder laag blijkt te zijn, zou nog een WZC geïncludeerd kunnen worden (bijvoorbeeld "Rubens" te Berchem, waar een van de collega's binnen de praktijk ook ronde doet).

b. Gegevensverzameling

Zoals reeds gezegd, zou de registratieduur minimum 1 jaar bedragen. Het betreft de periode tussen 01/12/2024 en 30/11/2025.

Met behulp van onderstaande tabel zouden de verpleegkundigen/zorgkundigen die een zorgverlener contacteren het contact moeten registeren.

WIE (achternaam, voornaam, geboortedatum)	**WANNEER (datum oproep/contact)**	**WELKE ZORGVERLENER (CRA, eigen HA, wachtpost, 112, …)**	**WAAROM (reden van oproep/contact)**

Nadien zou ik dan kunnen nagaan waarom de oproep werd gedaan, of voor deze patiënten specifiek al sprake was van vroegtijdige zorgplanning en of die al dan niet beschikbaar was op het moment van de oproep. Is er dan geen rekening mee gehouden of was deze niet beschikbaar, dan zal ik trachten achterhalen waarom niet door met de betrokken zorgverleners contact op te nemen.

Bovenstaande patiëntgegevens zullen allen gepseudonimiseerd worden voor verwerking en bewaard worden voor een termijn van 25 jaar.

c. Statistische analyse

Aangezien het hier strikt observationeel onderzoek betreft, zal enkel beschrijvende statistiek gebruikt kunnen worden. In dit design is er nog geen sprake van het analyseren van mogelijke interventies.

REFERENTIES

1. Kojima G. Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(11):940-5.
2. Luo H, Lum TY, Wong GH, Kwan JS, Tang JY, Chi I. Predicting Adverse Health Outcomes in Nursing Homes: A 9-Year Longitudinal Study and Development of the FRAIL-Minimum Data Set (MDS) Quick Screening Tool. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(12):1042-7.
3. Zhang X, Dou Q, Zhang W, Wang C, Xie X, Yang Y, et al. Frailty as a Predictor of All-Cause Mortality Among Older Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(6):657-63 e4.
4. Nelis SM, Wu YT, Matthews FE, Martyr A, Quinn C, Rippon I, et al. The impact of co-morbidity on the quality of life of people with dementia: findings from the IDEAL study. Age Ageing. 2019;48(3):361-7.
5. Goldsbury DE, O'Connell DL, Girgis A, Wilkinson A, Phillips JL, Davidson PM, et al. Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: a population-based retrospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2015;15:537.
6. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. CMAJ. 2007;177(11):1362-8.
7. Johnson CE, Mitchell GK. Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care. Med J Aust. 2011;195(5):267.
8. McCusker J, Ionescu-Ittu R, Ciampi A, Vadeboncoeur A, Roberge D, Larouche D, et al. Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. Acad Emerg Med. 2007;14(5):426-33.
9. Fishman P, Von Korff M, Lozano P, Hecht J. Chronic care costs in managed care. Health Aff (Millwood). 1997;16(3):239-47.
10. Pobrotyn P, Suslo R, Witczak IT, Rypicz L, Drobnik J. An analysis of the costs of treating aged patients in a large clinical hospital in Poland under the pressure of recent demographic trends. Arch Med Sci. 2020;16(3):666-71.
11. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. JAMA. 1996;276(18):1473-9.
12. Reilev M, Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hoffmann H, Pottegard A. Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. Age Ageing. 2019;49(1):67-73.
13. Berning MJ, Oliveira JESL, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, et al. Interventions to improve older adults' Emergency Department patient experience: A systematic review. Am J Emerg Med. 2020;38(6):1257-69.
14. Morphet J, Innes K, Griffiths DL, Crawford K, Williams A. Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: can they be avoided? Emerg Med Australas. 2015;27(5):412-8.
15. Landefeld CS. Care of hospitalized older patients: opportunities for hospital-based physicians. J Hosp Med. 2006;1(1):42-7.
16. Mudge AM, McRae P, Hubbard RE, Peel NM, Lim WK, Barnett AG, et al. Hospital-Associated Complications of Older People: A Proposed Multicomponent Outcome for Acute Care. J Am Geriatr Soc. 2019;67(2):352-6.
17. Wald HL. Prevention of hospital-acquired geriatric syndromes: applying lessons learned from infection control. J Am Geriatr Soc. 2012;60(2):364-6.

Bijlage 3. "Informed consent form"

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:
De verantwoordelijkheid van de huisarts in het beschikbaar stellen van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra (WZC)

Opdrachtgever:
Universiteit Antwerpen (Campus Drie Eiken), Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk

Promotor(s):
Prof. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Onderzoeker(s):
Laetitia Van den Bossche, Universiteit Antwerpen, laetitia.vandenbossche@student.uantwerpen.be 0471790084

Contactpersoon voor informatie:
Laetitia Van den Bossche, Universiteit Antwerpen, laetitia.vandenbossche@student.uantwerpen.be 0471790084

Contact in geval van dringende medische hulp:
N.V.T.

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Drie Eikenstraat 655, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot de identificatie van oorzakelijke factoren in verband met de lage beschikbaarheid van DNR-codes/VZP in WZC.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. **Studiespecifieke inlichtingen**

Dit onderzoek werd op 16/12/2024 goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA-UA.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting, in totaal ongeveer 80 personen zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel om een antwoord te bieden op onderstaande vra(a)g(en):

1. Welke factoren worden er geïdentificeerd als zijnde oorzakelijk voor de lage beschikbaarheid van DNR-codes/VZP in WZC?
(2. Hoe kunnen we de beschikbaarheid in acute situaties verhogen?)

Dit is een observationele studie. Dit betekent dat men enkel gegevens zal verzamelen om achteraf eventuele verbanden te kunnen leggen. Er zal geen interventie uitgevoerd worden.

a. Studiepopulatie

De artsen in Praktijk Bisschoppenhof zijn “belast” met de zorgen voor de patiënten die verblijven in Huis Vandecruys in Deurne. De maximumcapaciteit bedraagt daar 72 patiënten. Bij de meerderheid van de patiënten zou er iets van vroegtijdige zorgplanning aanwezig moeten zijn.
Aangezien ik 1,5 jaar als HAIO in bovenstaande praktijk zou verblijven en er een goede samenwerking is met het verpleegkundig team in Huis Vandecruys, zou ik gedurende minstens 1 jaar willen registreren wanneer en voor wie een oproep werd gedaan naar externe hulpverlening type noodcentrale 112 maar ook huisarts (van wacht).
De steekproefgrootte wordt in dit geval gelimiteerd door het maximum aantal residenten in Huis Vandecruys en zal uiteindelijk bepaald worden door de effectieve oproepen.

b. Gegevensverzameling

Zoals reeds gezegd, zou de registratieduur minimum 1 jaar bedragen. Het betreft de periode tussen 01/12/2024 en 30/11/2025.

Met behulp van onderstaande tabel zouden de verpleegkundigen/zorgkundigen die een zorgverlener contacteren het contact moeten registeren.

WIE (achternaam, voornaam, geboortedatum)	**WANNEER (datum oproep/contact)**	**WELKE ZORGVERLENER (CRA, eigen HA, wachtpost, 112, ...)**	**WAAROM (reden van oproep/contact)**

Nadien zou ik dan kunnen nagaan waarom de oproep werd gedaan, of voor deze patiënten specifiek al sprake was van vroegtijdige zorgplanning en of die al dan niet beschikbaar was op het moment van de oproep. Is er dan geen rekening mee gehouden of was deze niet beschikbaar, dan zal ik trachten achterhalen waarom niet door met de betrokken zorgverleners contact op te nemen.

Bovenstaande patiëntgegevens zullen allen gepseudonimiseerd worden voor verwerking en bewaard worden voor een termijn van 25 jaar.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan zal u met bovenstaand registratieformulier moeten werken en kan u gecontacteerd worden om details van bepaalde oproepen te bespreken.

Duur van het onderzoek

Dit onderzoek zal ongeveer 52 weken duren.

Voor- en nadelen

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een betere kennis over factoren die geïdentificeerd worden als zijnde oorzakelijk voor de lage beschikbaarheid van DNR-codes/VZP in WZC. Op basis hiervan kunnen aanbevelingen gemaakt worden om de beschikbaarheid in acute situaties verhogen.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.
Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever.

Kosten die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 25 jaar.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle persoonsgegevens, die over u verzameld worden, zullen worden verwerkt in overeenstemming met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wet van 30 juli 2018 die deze verordening verder uitwerkt.

Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Vragen betreffende het beheer van uw gegevens kan u stellen aan de onderzoeksarts, uw behandelend arts of aan de functionaris voor de gegevensbescherming van de Universiteit Antwerpen via email: privacy@uantwerpen.be.

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie kan u nalezen op https://www.uantwerpen.be/nl/overuantwerpen/missie-en-visie/privacyverklaring/ .

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s).

Datum *(dag/maand/jaar)*

TOESTEMMINGSFORMULIER

De verantwoordelijkheid van de huisarts in het beschikbaar stellen van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra (WZC)

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende ..... *(naam en voornaam deelnemer)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende 25 jaar zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van de UA, privacy@uantwerpen.be

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen.

_____	_____	_____
Naam van de deelnemer *(hoofdletters)*	Handtekening	Datum *(dag/maand/jaar)*

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

Ik bevestig hierbij dat ik ..... *(naam en voornaam deelnemer)* heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____	_____	_____
Naam *(hoofdletters)*	Handtekening	Datum *(dag/maand/jaar)*