# Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum

Tom Verstraete, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

**Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum**

HAIO: Tom Verstraete, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Myriam Deveugele, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Fien Mertens, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Dr. Alexander Baekelandt

**Context**: Vroegtijdige zorgplanning is het communicatieproces tussen een persoon, zijn naasten en de zorgverleners omtrent de toekomstige zorg die men wenst te ontvangen wanneer men niet langer in staat is zijn voorkeur te uiten. In het woon- en zorgcentrum Sint-Vincentius te Aaigem is er tot op heden geen algemeen beleid rond vroegtijdige zorgplanning. Hierdoor komt men regelmatig in een moeilijke situatie wanneer een bewoner plots sterk achteruit gaat. Vaak moeten er dan in allerijl belangrijke beslissingen worden genomen door de bewoner of zijn familie, zonder dat men hierop voorbereid is. Ook voor de zorgverleners zijn dit beladen en stresserende situaties.

Het doel van deze masterproef is tot een duurzaam, evidence-based en breed gedragen beleid vroegtijdige zorgplanning te komen dat alle kansen heeft om succesvol ingevoerd te worden in het woon- en zorgcentrum.

**Onderzoeksvraag**: Wat is de houding van de betrokken hulpverleners ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning? Wat zijn de praktische en organisatorische hindernissen of opportuniteiten voor de implementatie van een beleid vroegtijdige zorgplanning in het woon- en zorgcentrum. Hoe komt men tot een bottom-up beleid rond vroegtijdige zorgplanning?

**Methode**: Er werd een literatuurstudie verricht naar de houding van zorgverleners rond vroegtijdige zorgplanning en naar het opstellen van een vroegtijdig zorgplanningsbeleid. Vervolgens werd op basis van de literatuur een theoretisch maar concreet beleid vroegtijdige zorgplanning voor het woon- en zorgcentrum uitgewerkt. Dit werd voorgelegd aan twee focusgroepen samengesteld uit directie, huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten en ergotherapeuten van het woon- en zorgcentrum. Via kwalitatieve analyse werden deze focusgroepsgesprekken verwerkt.

**Resultaten**: Alle deelnemers stonden positief tegenover vroegtijdige zorgplanning en waren vragende partij voor een meer algemeen beleid. Op basis van de feedback van directie en zorgverleners in de focusgroepsgesprekken werd een praktisch, realistisch en meer gedragen beleid vroegtijdige zorgplanning ontwikkeld dat klaar is voor implementatie in het woon- en zorgcentrum. Een uitgeschreven protocol voor wilsbekwame en wilsonbekwame bewoners, gesprekssjablonen en een document vroegtijdige zorgplanning werden ontwikkeld.

**Conclusies**: De gevolgde methode van een op literatuurstudie gebaseerd voorstel dat aangepast werd op basis van feedback uit de focusgroepen, vormt een goede en succesvolle manier om tot een breed gedragen beleid vroegtijdige zorgplanning te komen dat alle kansen heeft om op een duurzame manier geïmplementeerd te worden in een woon- en zorgcentrum. Een van hogerhand opgelegd beleid vroegtijdige zorgplanning zonder overleg heeft minder slaagkans wat blijkt uit de vele bedenkingen en aanpassingen die op basis van de focusgroepen werden gemaakt.

Contact: tdverstraete@gmail.com

Kernwoorden: Vroegtijdige zorgplanning. Woon- en zorgcentrum. Implementatie.

# Inhoud


**1. Inleiding** ... 1

**2. Methode** ... 2

**2.1. Literatuurstudie** ... 2

**2.2. Beleid vroegtijdige zorgplanning** ... 2

**2.3. Focusgroepen** ... 3

**3. Literatuurstudie** ... 4

**3.1. Vroegtijdige zorgplanning** ... 4

**3.2. Houding ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning** ... 4

**3.3. Mogelijke barrières voor vroegtijdige zorgplanning** ... 6

**3.4. Vroegtijdige zorgplanning en dementie** ... 8

**3.5. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum** ... 9

**4. Resultaten** ... 12

**4.1. Voorgelegd beleid vroegtijdige zorgplanning** ... 12

**4.2. Focusgroepen en deelnemers** ... 14

**4.3. Bespreking resultaten focusgroepen** ... 15

**5. Discussie** ... 22

**5.1. Houding** ... 22

**5.2. Barrières voor Vroegtijdige Zorgplanning** ... 22

**5.3. Het voeren van de Vroegtijdige Zorgplanningsgesprekken** ... 24

**5.4. Zorgdoelen** ... 25

**6. Besluit** ... 27

**6.1. Finaal beleid Vroegtijdige Zorgplanning** ... 27

**6.2. Finaal document Vroegtijdige Zorgplanning** ... 28

**6.3. Algemeen besluit** ... 29

**7. Referenties** ... 30

**8. Bijlagen** ... 32

**Bijlage 1. Toestemming ethisch comité** ... 32

**Bijlage 2. Methodologie literatuurstudie** ... 35

**Bijlage 3. Uitnodiging focusgroepen** ... 37

**Bijlage 4. Voorstel VZP-beleid en gesprekssjablonen** ... 39

**Bijlage 5. Voorstel VZP-document en signaalblad** ... 43

**Bijlage 6. Finaal VZP-beleid en gesprekssjablonen** ... 46

**Bijlage 7. Finaal VZP-document** ... 50

# 1. Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is het communicatieproces tussen een persoon, zijn naasten en de zorgverleners met betrekking tot de toekomstige zorg die men wenst te ontvangen wanneer men niet meer in staat is zijn voorkeur te uiten.

In het woon- en zorgcentrum Sint-Vincentius te Aaigem, waar ik als huisarts-in-opleiding vaak actief ben, is er tot op heden geen algemeen beleid rond vroegtijdige zorgplanning. Van de meeste bewoners zijn de wensen omtrent het levenseinde niet gekend. Het beleid is meer ad hoc waarbij de verdere zorgplanning enkel expliciet besproken wordt bij bewoners die zich al in een palliatieve setting bevinden. Hierdoor komt men soms in een moeilijke situatie wanneer een bewoner plots sterk achteruit gaat. Vaak moeten er dan in allerijl belangrijke beslissingen worden genomen door de bewoner of zijn familie, zonder dat men hierop voorbereid is. Ook voor de zorgverleners zijn dit beladen en stresserende situaties.

De bedoeling van deze masterproef is tot een breed gedragen, duurzaam en evidence-based VZP-beleid te komen dat alle kansen heeft om succesvol ingevoerd te worden in het woon- en zorgcentrum.

Om dit te bereiken werd een literatuurstudie verricht naar de houding van zorgverleners omtrent vroegtijdige zorgplanning en werd op basis van de literatuur een theoretisch maar concreet voorstel ontwikkeld.

Dit beleidsvoorstel rond vroegtijdige zorgplanning werd voorgelegd aan twee focusgroepen die werden samengesteld uit directie, huisartsen, coördinerend en raadgevend arts (CRA), verpleging, kinesisten en ergotherapeuten van het woon- en zorgcentrum.

In deze focusgroepen kregen de betrokken zorgverleners en directie de kans hun mening te geven omtrent het beleid rond vroegtijdige zorgplanning en de implementatie ervan in het woon- en zorgcentrum. Aan de hand van hun input werd het model aangepast tot een praktisch implementeerbaar model specifiek aangepast aan de setting van het woon- en zorgcentrum. Hierbij werd getracht een evenwicht te vinden tussen literatuur en feedback uit de praktijk, aangezien deze niet steeds overeenkwamen.

De focusgroepen hadden ook als doel tot een bottom-up beleid te komen, dat breed gedragen wordt door de betrokken hulpverleners die het vervolgens in de praktijk zullen moeten omzetten, eerder dan een top-down model waarbij een bepaald beleid van hoger af wordt opgelegd.

De volgende stap is om dit breed gedragen, praktisch beleid vroegtijdige zorgplanning in te voeren in het woon- en zorgcentrum. Dit valt echter buiten het bestek van deze masterproef.

Persoonlijk heb ik voor dit onderwerp gekozen omdat ook ik als huisarts-in-opleiding relatief vaak geconfronteerd wordt met de moeilijke vraag rond verdere zorg of ziekenhuisopname wanneer de voorkeuren van de bewoner, die op dat moment zijn wil niet kan uiten, ongekend zijn. Ik raakte dan ook overtuigd van het nut en de nood aan een algemeen beleid vroegtijdige zorgplanning. Aangezien ik na mijn opleiding associeer in de praktijk waar ik nu opleiding volg, kijk ik ernaar uit het ontwikkelde VZP-beleid te helpen invoeren en opvolgen in het woon- en zorgcentrum.

# 2. Methode

## 2.1. Literatuurstudie

De literatuur werd onderzocht aan de hand van de watervalmetafoor. Eerst werd gezocht naar binnenlandse en buitenlandse richtlijnen, vervolgens naar meta-analyses en systematische reviews en tenslotte naar primaire studies. (Bijlage 2)

Engelstalige richtlijnen en aanbevelingen werden gezocht via het 'Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE)' en 'Guideline Finder UK (NICE)' aan de hand van de MESH termen 'advance care planning' en 'nursing home'. Nederlandstalige richtlijnen en literatuur werden gezocht in de databases van Domus Medica, NHG, Minerva en EBM practice net aan de hand van de zoekterm 'vroegtijdige zorgplanning'.

Meta-analyses en systematische reviews werden gezocht via de 'cochrane libary' met als zoekterm 'advance care planning'. In pubmed werd naar meta-analyses gezocht met de MESH term 'advance care planning' en naar systematische reviews aan de hand van volgende combinatie: Advance care planning (MESH Major Topic) AND Advance care planning (Title).

Primaire studies werden gevonden via pubmed aan de hand van een combinatie van volgende MESH termen: Advance care planning (MESH Major Topic), Advance directive (MESH Major Topic), Nursing home, Homes for the aged en Qualitative research.

Ten slotte werden er nog artikels opgenomen die gevonden werden via de referentielijsten van de reeds bekomen artikels. Er werd geselecteerd op basis van relevantie van titel en abstract, publicatiedatum, taal, soort artikel en de beschikbaarheid.

Artikels werden als relevant beschouwd wanneer ze specifiek over vroegtijdige zorgplanning in een rusthuis handelden of wanneer de klemtoon lag op de houding van de hulpverlener en de patiënt ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning.

Artikels waarin expliciet op een bepaalde patiëntengroep, zoals COPD-patiënten of patiënten met terminaal nierfalen, werd gefocust werden geëxcludeerd. Dit gold ook voor artikels die expliciet in een hospitaalsetting handelden. Artikels die als invalshoek de wetgeving rond VZP in een bepaald land, behalve België, gebruikten werden niet weerhouden, bijvoorbeeld zorgplanning in de VS na de 'Patient Self-Determination Act' uit 1991. Er werden geen artikels opgenomen die gepubliceerd werden voor het jaar 2000.

Enkel artikels in het Nederlands of het Engels werden geselecteerd. Commentaren en opinies werden niet weerhouden. Enkel artikels, waarvan de full tekst via UGent ter beschikking was, werden opgenomen in de literatuurstudie.

## 2.2. Beleid vroegtijdige zorgplanning

Een beleid VZP werd opgesteld op basis van literatuurstudie en kennis opgedaan in de praktijk. Er werd een WZC in de buurt bezocht dat gekend staat om een systematisch beleid vroegtijdige zorgplanning. Dit beleid werd persoonlijk toegelicht door de VZP-verantwoordelijke en de gebruikte documenten werden verkregen.

Via internet werden vier woon- en zorgcentra geselecteerd die reeds een uitgebouwd VZP-beleid in voegen hebben. Deze centra werden telefonisch gecontacteerd met de vraag de VZP-documenten die ze gebruiken via fax of email door te sturen. Alle gecontacteerde woon- en zorgcentra gingen hierop in.

Een voordracht omtrent VZP georganiseerd door het postuniversitair centrum van KU Leuven werd bijgewoond.

## 2.3. Focusgroepen

### 2.3.1. Setting

Het woon- en zorgcentrum Sint-Vincentius maakt deel uit van zorggroep Eclips en telt 112 bedden. Deze zijn verdeeld over 3 verdiepen. Op het gelijkvloers bevinden zich 26 kamers en bevindt zich het kortverblijf met 12 kamers. Op het eerste verdiep bevinden zich 29 kamers en een gesloten afdeling voor 15 bewoners met dementie. Op het tweede verdiep bevinden zich 30 kamers. Er is een hoofdverpleegkundige op het gelijkvloers en het tweede verdiep en een adjunct hoofdverpleegkundige op het eerste verdiep.

### 2.3.2. Focusgroepen

Ter voorbereiding van de focusgroepen werd een handboek rond kwalitatief onderzoek aangeschaft.(1)

Er werden twee focusgroepen samengesteld van telkens 5 deelnemers. Er werd gekozen voor relatief kleine gespreksgroepen om een vlotte discussie toe te laten. Bij de samenstelling van de focusgroepen werd bewust geopteerd voor een groep verpleging, kiné en ergo enerzijds en een groep directie en artsen anderzijds met als bedoeling in elke groep een open en vrije discussie te faciliteren.

De geselecteerde deelnemers werden zoveel mogelijk in persoon uitgenodigd waarbij de uitnodiging werd overhandigd. Wanneer dit niet mogelijk was werd telefonisch contact opgenomen en werd de uitnodiging via de post verstuurd. In deze uitnodiging bevond zich een informatiebrief, een voorstel tot VZP en een informed consent. (Bijlage 3)

Op basis van gegevens beschikbaar bij de directie werden de vier huisartsen geselecteerd die het meest actief zijn in het WZC. Van deze vier huisartsen gingen er twee op de uitnodiging in. Alle andere genodigden waren aanwezig op de focusgroepen.

De moderator was de auteur van deze masterproef. Het gesprek werd opgenomen via een audio-recorder en een gsm. Beide focusgroepen duurden iets langer dan een uur.

Alle deelnemers gaven hun informed consent.

Het bekomen audiomateriaal van de twee focusgroepen werd letterlijk uitgetypt. Via gerichte en vervolgens selectieve codering werden deze teksten kwalitatief geanalyseerd. Hieruit werden de resultaten geïnterpreteerd.(1)

# 3. Literatuurstudie

## 3.1. Vroegtijdige zorgplanning

Vroegtijdige zorgplanning is een proces van communicatie tussen een persoon, zijn naasten en de zorgverleners. Hierbij wordt nagedacht en gepraat over toekomstige zorgdoelen en wordt gepland welke medische zorgen men wenst te ontvangen wanneer men niet meer in staat is zijn voorkeur te geven. (2, 3) Op dat moment kan vroegtijdige zorgplanning richting geven aan de beslissingen omtrent de zorg aan het levenseinde.

Het communicatieproces rond de toekomstige zorg en het bespreken van zorgdoelen vormt de kern van vroegtijdige zorgplanning. Pas in tweede instantie worden deze voorkeuren op papier geplaatst zodat ze beschikbaar zijn voor de betrokken hulpverleners en familie op het moment dat er beslissingen moeten genomen worden omtrent de verdere zorg.

Vroegtijdige zorgplanning is een continu proces waarbij de zorgdoelen die besproken worden steeds aangepast kunnen worden aan de veranderende situatie van de persoon. Het heeft niet als bedoeling de beslissingen omtrent zorg eenzijdig door te schuiven naar de patiënt. Vroegtijdige zorgplanning is ook een vrije keuze. Wanneer een persoon niet wenst in te gaan op het aanbod van vroegtijdige zorgplanning moet dit gerespecteerd worden.(3)

Vroegtijdige zorgplanning is ontstaan vanuit het besef dat het tot elke prijs verlengen van het leven, wat steeds meer mogelijk is door de vooruitgang van de geneeskunde, niet steeds de beste optie is voor een kwalitatief hoogstaande zorg aan het levenseinde.

VZP heeft bewezen de kwaliteit van zorg aan het einde van het leven te verhogen vanuit het standpunt van de patiënt en zijn familie. Het vermindert ook de kans op stress, angstigheid en depressie bij de achtergebleven familieleden.(4)

## 3.2. Houding ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning

### 3.2.1. Houding van de huisarts en andere zorgverleners

De Vleminck et al. peilt in een review uit 2013 naar de attitudes van huisartsen rond vroegtijdige zorgplanning in de eerste lijn. Een van de resultaten was dat sommige artsen zich hierbij oncomfortabel voelen aangezien ze vinden dat het hun taak is de patiënt te genezen, in plaats van te helpen sterven. (5)

Ook Sharp et al. komt in een review tot gelijkaardige besluiten. Hierbij werd gefocust op oude 'frail' patiënten zonder een overheersende diagnose zoals bijvoorbeeld kanker. Geschat wordt dat deze groep 40% van de overlijdens vertegenwoordigt. Artsen hebben het soms moeilijk met de paradox tussen het promoten van gezondheid en het bespreken van de onvermijdelijke achteruitgang ervan. De vrees bestaat ook dat het te vroeg bespreken van vroegtijdige zorgplanning de hoop onderuit haalt die een patiënt in een arts-patiënt verhouding legt, waarbij de patiënt het de taak acht van de arts te genezen en hoop te geven naar de toekomst toe.(6)

Mullick et al. beschrijft een vaak terugkomende bezorgdheid die bestaat bij zorgverleners omtrent VZP: men vreest dat men door het onderwerp aan te raken de dood bij de patiënt onder ogen brengt waardoor de patiënt de hoop verliest of onnodig gestresseerd geraakt. Ook vrezen sommige zorgverleners dat volledige informatie omtrent de medische toestand van de patiënt het algemeen welzijn vermindert, waarbij men ervan uit gaat dat de patiënt sommige zaken liever verbloemd of onbesproken laat en liever niet over zijn eigen toekomst nadenkt. (2, 3, 7)

Deze opvattingen passen binnen het concept paternalisme. De arts denkt te weten wat de patiënt het liefste wil en neemt in eer en geweten beslissingen in het belang van de patiënt. Bij dit proces wordt geen open communicatie gebruikt.

Het concept paternalisme wordt kritisch geanalyseerd door Tuckett et al. Hij komt tot de conclusie dat zorgverleners de situatie vaak anders inschatten dan de patiënt zelf. Het is met andere woorden een illusie te denken dat je weet wat de patiënt wil. Dit vormt meteen ook het besluit van zijn betoog: indien je wil weten wat de patiënt denkt of voelt, dan moet je het hem vragen.(8) Een paternalistische houding kan een belangrijke barrière vormen voor een goede vroegtijdige zorgplanning.

Silvester et al. voerde onderzoek naar het gebruik van VZP in Australische rusthuizen en peilde naar de kennis, houding en ervaringen van het verzorgend personeel rond VZP. Uit de bevraging bleek dat het verzorgend personeel over het algemeen weinig ervaring en kennis heeft met VZP. Langs de andere kant gaf het personeel wel aan dat ze zich comfortabel voelde met het houden van VZP-gesprekken en dat men zich ertoe in staat achtte. Er kon dus besloten worden dat het verplegend personeel positief staat tegenover VZP en vragende partij is om hierin getraind te worden.(9)

#### 3.2.2. Houding van de ouderen

Malcomsen et al. 2007 peilde naar de mening van ouderen omtrent VZP. Een van zijn conclusies was dat de meeste ouderen zich klaar voelen om VZP te bespreken en dit graag zouden doen. (10) Sharp et al. vond in zijn review dat tussen de 61% en 91% van de ouderen VZP wilden bespreken. Sommige mensen deden dit liever niet. Redenen die hiervoor gegeven werden waren: een houding van leven van dag tot dag en verkiezen te wachten met hierover na te denken tot men effectief in slechte gezondheid verkeert. (6) Sommige patiënten denken liever niet na over hun toekomst en over mogelijks verval en worden hier liever niet mee geconfronteerd. Patiënten kunnen VZP als irrelevant beschouwen of onvoldoende inzicht hebben in de situatie waarin ze verkeren. Soms wordt dit veroorzaakt doordat de patiënt zich op dat moment in een gezonde situatie bevindt. (7, 11) Van Mechelen et al. vermeldt dat sommige patiënten het een te moeilijke of zware opdracht vinden om de VZP-papieren in te vullen. (3)

Song et al. vond in een review geen evidentie dat VZP een negatieve uitkomst zou hebben op het welzijn van patiënt.(12) Dit wordt bevestigd in een meta-analyse uitgevoerd door Houben et al. waarbij geen bewijs gevonden werd dat VZP meer angst of depressie veroorzaakt bij patiënten. (13)

#### 3.2.3. Houding van de familie

Sharp et al. identificeerde de houding van de familie als meest terugkerende barrière voor VZP. De familie kan soms moeilijk aanvaarden dat hun dierbare zich aan het einde van het leven bevindt en probeert de dierbare soms te beschermen voor moeilijke gesprekken omtrent het levenseinde. Familiale ruzies of een gebrek aan familie vormden verdere barrières. (6)

Tuckett et al. beschrijft dat hoewel de familie vaak een goede band bewaart met de patiënt in een rusthuis, ze er doorgaans niet in slaagt om representatieve beslissingen in de plaats van de patiënt te nemen. Meestal beslist de familie op basis van wat ze zelf zouden doen of willen en niet op basis van wat de patiënt wil of op basis van wat ze denken dat de patiënt wil. (8) Dit komt ook naar voor in een studie van Mann et al. waarbij vertrouwenspersonen werden geïnterviewd. Soms nemen vertrouwenspersonen de beslissing op een instinctieve manier, waarbij ze nagaan wat ze zelf zouden doen indien ze in zo'n situatie zouden verkeren. (14) Echter, op deze wijze worden de voorkeuren betreffende het levenseinde van de patiënt verward met diens eigen voorkeuren.

#### 3.2.4. Houding van directie

Froggatt et al. bevraagde in een kwalitatieve studie de directie van een WZC omtrent hun visie op VZP. Hieruit bleek dat de directie niet steeds voldoende vertrouwd is met de materie om met voldoende kennis en vertrouwen het beleid rond VZP te beïnvloeden. Dit gebrek aan kennis en vertrouwen bemoeilijkt de communicatie rond dit thema. De directie heeft niet steeds vertrouwen in het kennisniveau rond VZP bij het verzorgend personeel.(15)

### 3.3. Mogelijke barrières voor vroegtijdige zorgplanning

#### 3.3.1. Emotionele belasting hulpverlener

De emotionele belasting die een gesprek omtrent het einde van het leven met zich meebrengt, kan een barrière voor VZP vormen bij hulpverleners. Dit komt naar voor uit onderzoek gevoerd naar de mening van artsen in de eerste lijn (5) en van verpleegkundigen in WZC.(11) Ook Weiner et al. beschrijft emotionele belasting als een belangrijke barrière voor een goede communicatie rond VZP bij artsen. (16)

In der Schmitten et al. vergelijkt een regio waar de woon- en zorgcentra een VZP implementeren met een regio zonder algemene VZP in de WZC. Hij stelt dat de emotionele belasting van de verpleging daalt door het invoeren van een VZP. Aangezien de wensen en behandelingskeuzes van de patiënt bekend zijn kan de verpleging aannemen dat hun toegediende zorg, die soms voor discussie vatbaar is, overeenstemt met de wensen van de patiënt. Ook zorgt de VZP ervoor dat er minder tijd gespendeerd hoeft te worden aan stresserende discussies met familie of ethische discussies onder de verpleging. (17)Hoewel deze argumenten aannemelijk zijn, brengt In der Schmitten et al. geen concrete evidentie naar voor om deze argumenten te staven.

### 3.3.2. Communicatie en timing

Communicatie is belangrijk voor een goede VZP. Zorgverleners hebben echter twijfels over wie de eerste stap moet nemen, hoe zo'n gesprek aan te pakken, wat men moet doen met de reactie van de familie. Artsen geven aan dat ze moeite hebben om de juiste timing te bepalen of vinden dat de patiënt de eerste stap moet nemen voor het bespreken van VZP. (3, 5, 18)

### 3.3.3. Algemeen beleid

Uit het onderzoek van Silvester et al. naar het gebruik van VZP in Australische rusthuizen bleek dat er in sommige WZC reeds aan VZP werd gedaan maar nergens op een systematische manier. Deze initiatieven beantwoordden vaak niet aan essentiële voorwaarden van de bestaande richtlijnen rond VZP. Bovendien werd er een discrepantie gevonden tussen de aanwezigheid van een soort VZP-beleid en een zelfverklaarde lage incidentie van de toepassing van VZP. Waar er al VZP werd toegepast, gebeurde dit bijna nooit op initiatief van de patiënt of zijn familie. (9)

Deze bevindingen onderlijnen het belang van een systematische aanpak van de VZP en bijhorende training van hulpverleners op vlak van communicatie en initiatie van het VZP-proces.(9)

### 3.3.4. Tijdsbeperking

Tijdsgebrek wordt door sommige artsen gezien als een belangrijke barrière voor VZP. (2, 5, 6, 19) Tijdsgebrek werd in geen enkele studie naar voor geschoven als een bezorgdheid van verpleging. (19) Ook de mening van de patiënt dat de zorgverlener hier toch geen tijd voor heeft is beschreven. (6)

### 3.3.5. Vroegtijdige zorgplanning is onduidelijk

Vroegtijdige zorgplanning is gebaseerd op zorgdoelen eerder dan op specifieke richtlijnen in specifieke situaties. Dit brengt met zich mee dat VZP steeds moet geïnterpreteerd worden, men kan niet zomaar een stroomschema volgen om tot de juiste beslissing te komen. Zorgverleners voelen zich in het algemeen echter comfortabeler bij het volgen van specifieke interventie-gerichte richtlijnen. (18) Artsen schuiven het moeilijk kunnen omgaan met vage verzoeken omtrent de toekomst naar voor als een barrière voor VZP.(5)

### 3.3.6. Samenwerking met de tweede lijn

De Vleminck et al. beschrijft de vrees die er heerst omtrent de houding van de tweede lijn. Zal de VZP daar verder doorgevoerd worden? Hoe dient de communicatie met het ziekenhuis te verlopen? Zullen er geen tegenstrijdige boodschappen aan de patiënt gegeven worden? (5)

Caplan et al. ziet VZP als een instrument om het aantal opnames vanuit een WZC naar een ziekenhuis te verminderen. Dit gaat gepaard met een lagere mortaliteit bij de rusthuisbewoners. (20)

### 3.3.7. Veiligheid

Tilden et al. peilde naar de mening van verpleging in een WZC rond VZP. Ze stelde vast dat men vooral bezorgd was omtrent veiligheid. Zijn de wensen die op de VZP-formulieren staan werkelijk deze van de patiënt? Is men als verpleging wel zeker dat men de juiste zorg toedient of onthoudt? Om de hoeveel tijd moeten de wensen van de patiënt gerevalueerd worden? (21)

De bezorgdheid van de verpleging rond veiligheid kwam ook naar voor uit het onderzoek van Silvester et al. Bij het bevraagde personeel bleek dat hoewel 80% formeel VZP-documenten wou opstellen, 30% van de bevraagden aangaf weinig vertrouwen te hebben in de validiteit van deze documenten. Eén vierde gaf aan dat ze zich niet consistent zouden laten leiden door de informatie in de VZP-documenten bij de verzorging van de patiënt.(9)

## 3.4. Vroegtijdige zorgplanning en dementie

Dementie is een terminale ziekte die gekenmerkt wordt door voortschrijdend verlies van cognitieve functies. Dit maakt vroegtijdige zorgplanning in deze patiëntengroep belangrijk aangezien verwacht kan worden dat zij hun capaciteit om beslissingen te nemen en hun voorkeuren van zorg te uiten zullen verliezen. Ook onderstreept dit het belang van vroeg met VZP te beginnen, nog voor het cognitieve verval is ingezet.

Aan de andere kant blijkt uit onderzoek dat personen met dementie met een Mini Mental State Evaluation van 16 op 30 hun voorkeuzen ten opzichte van hun levenseinde tot op zekere hoogte kunnen kenbaar maken. De bewoner met dementie moet dus zo lang mogelijk betrokken worden in het VZP-proces. Wanneer de capaciteit van de bewoner om dit te doen daalt stijgt het belang van zijn vertegenwoordiger of familie om op basis van eerder te kennen gegeven voorkeuren en levenshouding de voorkeur van de bewoner in te schatten. (22, 23)

Wickson-Griffiths et al. beoordeelt in een onderzoek de dementie-vriendelijkheid van zes bestaande VZP-programma's die gebruikt worden in woon-en zorgcentra. Er wordt besloten dat vijf van deze zes programma's geschikt zijn voor VZP bij personen met dementie. Hieruit blijkt dat de bestaande VZP-programma's oorspronkelijk ontwikkeld voor personen zonder dementie ook toepasbaar zijn op personen met dementie. Er is dus niet meteen nood aan een ander beleid, hoewel er wel rekening moet gehouden worden met het toenemend belang van vertegenwoordiger en familie.(22) Vandervoort et al. onderzocht de werkzaamheid van VZP bij personen met dementie in een WZC en besluit dat er een sterke associatie is tussen de kwaliteit van sterven en het hebben van een vroegtijdige zorgplanning. Ook dit onderlijnt het belang van VZP bij personen met dementie.(24)

## 3.5. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum

### 3.5.1. Australische setting

Silverster et al. beschrijft het opstellen en implementeren van een VZP-beleid in WZC in Australië. Ook worden de reeds bestaande VZP-documenten in de woon-en zorgcentra geëvalueerd. Uit het onderzoek komen enkele barrières voor VZP naar voor: De patiënt of de familie kan onwillig zijn om VZP te bespreken of onwetend zijn omtrent het belang van VZP. Op cruciale momenten, wanneer levensverlengende therapie wordt overwogen, kan het voorvallen dat de hulpverleners geen toegang hebben tot de juiste VZP-documenten. Deze hulpverleners kunnen er ook voor kiezen het bestaande VZP-document links te laten liggen en naar eigen inzicht te handelen. De auteur besluit dat er verscheidene procedures zijn die gesmeerd moeten verlopen om ervoor te zorgen dat de voorkeuren van de patiënt accuraat, duidelijk en up-to-date zijn weergegeven en dat de documenten makkelijk te lokaliseren en eenvoudig te interpreteren zijn in alle plaatsen waar zorg geboden wordt.(25)

Silvester et al. besluit zijn onderzoek met enkele principes rond VZP die ook kunnen gezien worden als facilitators bij de implementatie van VZP in een WZC.(25)

1. Protocol: Een geschreven protocol rond VZP moet beschikbaar zijn in het WZC. Dit protocol moet allesomvattend zijn.

2. Educatie: Iedereen betrokken bij de VZP moet regelmatig bijgeschoold worden: directie, verzorgenden, arts.

3. Informatie: Informatie rond VZP moet gegeven worden, bv. als brochure, nog voor de patiënt het WZC intrekt. Er wordt beklemtoond dat vertrouwelijkheid is gegarandeerd. Ook juridische aspecten komen aan bod en er wordt duidelijk vermeld dat het een vrijwillig aspect van de zorg is.

4. Een gesprek gevoerd door een getraind zorgverlener en bij voorkeur bijgewoond door de huisarts moet gevoerd worden kort na intrek van de patiënt. Als stelregel wordt binnen de 28 dagen gebruikt. In dit gesprek wordt vrijuit gepraat over de dood en sterven en wat VZP inhoudt. Hierbij wordt gefocust op zorgdoelen eerder dan op specifieke therapie.

5. De familie wordt betrokken in alle aspecten van VZP. De familie moet aanvaarden dat hun voorkeuren niet steeds overeenkomen met deze van de patiënt.

6. De VZP moet regelmatig herbekeken worden, vooral wanneer de omstandigheden veranderen, bijvoorbeeld bij achteruitgang van de gezondheid, en minstens 1 maal per jaar.

7. Een duidelijk en volledig VZP-document wordt opgemaakt.

8. Er worden effectieve systemen gebruikt die de transfer van de VZP-documenten garanderen naar alle betrokken medische diensten.

9. Elke persoon met dementie moet als competent gezien worden tenzij een arts zich hierover anders uitspreekt. Personen met dementie kunnen deelnemen aan bepaalde aspecten van VZP ook als ze niet in staat zijn zelf een document op de stellen.

### 3.5.2. Belgische setting

Raes et al. stelt een model vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra voor in een Belgische setting: het zogenaamde 'Brugse model'. (26)

Dit model hanteert een flexibel tijdstip voor de initiatie van de VZP-gesprekken, liefst zo vroeg mogelijk en ten laatste drie maanden na opname.

Er wordt gefocust op zorgdoelen, eerder dan op specifieke behandelingen. Zowel de inbreng van de patiënt als zijn familie bepaalt de zorg. De drie doelstellingen zijn 'verlengen van het leven (code A)', 'behoud van functie (code B)' en 'maximaal comfort (code C)'.

De communicatie moet gestructureerd verlopen waarbij de zorgverleners het initiatief nemen. De bewoner is vrij deze gesprekken te weigeren. Een vertegenwoordiger wordt opgenomen in het model.

Het Brugse model ziet een speciaal opgeleide verpleegkundige als ideale persoon om deze gesprekken te voeren. Ook de huisarts vervult een belangrijke rol: hij is het best geplaatst om de bewoner de juiste medische informatie en prognose mee te geven.

Er werd een stappenplan ontwikkeld: stap 1 introduceert het onderwerp, stap 2 evalueert de toekomstverwachtingen, stap 3 identificeert de doelen voor de laatste levensperiode, stap 4 documenteert de richtlijnen en stap 5 bestaat uit het eventueel herzien en bijwerken van de bepaalde zorgdoelen. Deze stappen werden in een stroomdiagram gegoten waarbij elk WZC deze stappen zelf kan invullen.

Gesprekssjablonen werden opgesteld, zowel voor gesprekken met wilsbekwame bewoners als voor gesprekken met de familie van wilsonbekwame bewoners.

Een zorgfiche werd ontwikkeld en is het belangrijkste VZP-document. Deze fiche vormt de neerslag van de gevoerde gesprekken, waarbij er een zorgdoel wordt toegekend. Hierbij wordt de nadruk meer gelegd op hetgeen de bewoners wél nog wil, eerder dan niet meer wil. Hoewel het geen specifiek document heeft ontwikkeld voor 'therapie beperkingsafspraken', ziet het Brugse model hier wel een functie voor: zeker naarmate het levenseinde nadert worden deze documenten vaak belangrijker. Ze vormen echter niet het doel van de VZP. De zorgfiche moet op een zichtbare plaats in het dossier terecht komen.

Een ventilatiefiche werd ontwikkeld waarin alle zorgverleners opmerkingen kunnen noteren die in de dagelijkse gesprekken met de bewoner aan bod komen en die belangrijk kunnen zijn voor de vroegtijdige zorgplanning.

De zorgfiche wordt ingevuld op een teamvergadering. Idealiter valt deze samen met een reeds bestaande vergadering, zodat er geen extra vergadering moet worden georganiseerd. Op dit overleg worden de zorgdoelen besproken en vertaald in concrete zorg. Deze zorgfiche zou jaarlijks gerevalueerd moeten worden.

De auteur beschrijft enkele zwaktes van dit theoretische Brugse model. Het codesysteem zou ertoe kunnen leiden dat er teveel gefocust wordt op het toekennen van een code terwijl het proces van VZP en de communicatie erover met bewoner en familie het belangrijkste is.

De codes zijn vooral belangrijk voor zorgverleners die de patiënt niet kennen, bijvoorbeeld de arts van wacht. Het model zegt niet duidelijk wie de gesprekken omtrent VZP moet voeren. Een belangrijke rol is wel weggelegd voor de huisarts. Het gevaar bestaat dat de extra documenten een te zware administratieve belasting vormen en slecht of niet ingevuld worden.(26)

In een vervolgartikel beschrijft Raes et al. de eerste ervaringen met het Brugse model in de praktijk bij 20 bewoners. Ook wordt geëvalueerd of het voeren van de gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning haalbaar is voor de huisarts.(27)

De gesprekken werden gevoerd door de arts. Bij de wilsbekwame bewoners gebeurde dit op 3 routinebezoeken. Het eerste gesprek vormde de introductie van het onderwerp en nam niet meer dan 5 min in beslag. Het tweede gesprek had als onderwerp het evalueren van toekomstverwachtingen en duurde gemiddeld 24 minuten. Tijdens het derde en laatste gesprek werd meer gefocust op zorgdoelen. Soms was de vertegenwoordiger hierbij aanwezig. Het gesprek eindigde met het invullen van de zorgfiche. Gemiddeld nam het derde gesprek 18,6 minuten in beslag. De gesprekken verliepen vlot en het formuleren van de zorgdoelen verliep vrij eenvoudig. Wanneer getracht werd de afspraken concreter of gerichter te maken werd het moeilijker. De gesprekken werden door de bewoners als positief ervaren. Bij twee patiënten moest de arts een sturende houding aannemen aangezien deze bewoners volledig gericht waren op de autoriteit van de arts.

Bij de wilsonbekwame bewoners was er een gesprek met de familie. Dit gesprek bestond uit twee delen: het evalueren van de toekomstverwachtingen en het identificeren van de zorgdoelen met het invullen van de zorgfiche. Het gesprek duurde gemiddeld 34,2 minuten. Qua organisatie en tijdsinvestering zijn deze gesprekken meer belastend. Bij drie van de dertien bewoners vond geen gesprek plaats met de familie maar werd op basis van persoonlijk aanvoelen, vroegere afspraken en overleg binnen het zorgteam toch een zorgfiche ingevuld.

De moeilijke gesprekken waren deze waarbij de bewoner zich volledig baseerde op de autonome beslissing van de arts en de gesprekken met families die nog nooit eerder met zo'n situatie waren geconfronteerd. Vooral de beslissingen rond eventuele ziekenhuisopname waren moeilijk. De auteur besluit dat de arts hier ook sturend mag zijn.

In deze proefimplementatie werd er geen teamoverleg georganiseerd en werd de ventilatiefiche niet gebruikt. Het deel van de zorgfiche waarbij het zorgdoel vertaald wordt naar elke discipline bleef ongebruikt.

De auteur komt tot de conclusie dat de huisarts in staat is de gesprekken te voeren. De vraag blijft echter wie hiervoor de meest geschikte persoon is. Het is praktisch moeilijk om alle huisartsen die actief zijn in een WZC op één lijn te krijgen. Andere kandidaten zouden een referentieverpleegkundige kunnen zijn. Een bijkomende vraag is of dit één persoon binnen het WZC is of één persoon per afdeling, wat de vertrouwensband ten goede zou komen.(27)

# 4. Resultaten

## 4.1. Voorgelegd beleid vroegtijdige zorgplanning

### 4.1.1. Organisatie

Op basis van de literatuurstudie werd een beleid vroegtijdige zorgplanning opgesteld, zoals overzichtelijk wordt weergegeven in Bijlage 4. Hierbij werd uitgegaan van één verantwoordelijke vroegtijdige zorgplanning voor het hele rusthuis. Deze persoon zou dan de gesprekken voeren met bewoners en familie, al dan niet in samenwerking met de huisarts. Deze verantwoordelijke VZP vormt ook het aanspreekpunt voor alle betrokken hulpverleners en is degene die contact legt met de betrokken huisartsen.

De campus coördinator en sociaal verantwoordelijke zou deze functie op zich nemen. Zij ontvangt de nieuwe bewoners en is een logisch aanspreekpunt en coördinator. Een belangrijke, praktische factor was dat ze bereid was deze functie op zich te nemen en ook al een zekere achtergrond had opgebouwd rond vroegtijdige zorgplanning.

De beslissing om te kiezen voor één vroegtijdige zorgplanning verantwoordelijke werd gebaseerd op het onderzoek van Raes et al. waarbij geconcludeerd werd dat vroegtijdige zorgplanning moeilijk enkel aan de huisartsen kan overgelaten worden. De auteurs raadden aan hiervoor één persoon per WZC of afdeling aan te stellen. (27)

Op basis van de literatuurstudie worden de gesprekken het best gevoerd door een hiervoor opgeleide zorgverlener en de huisarts. De huisarts is door de reeds bestaande vertrouwensband en zijn medische kennis op vlak van prognose en behandelingsmogelijkheden goed geplaatst om deze gesprekken bij te wonen of te voeren. Praktisch gezien zijn er echter veel verschillende huisartsen actief binnen het WZC en is het niet haalbaar om deze allen achter één vroegtijdig zorgplanningsbeleid te scharen. Het is immers niet gekend in welke mate de in het rusthuis actieve huisartsen gemotiveerd zijn om meer op vroegtijdige zorgplanning in te zetten. Elke huisarts heeft bovendien zijn eigen stijl en overtuigingen. Ook blijk uit de literatuur dat er nog veel barrières zijn onder de huisartsen ten opzichte van VZP. Een VZP-beleid enkel steunend op de rol van de huisarts kan dus geen homogene en duurzame vroegtijdige zorgplanning opleveren.
Daarom is het belangrijk dat er een vast persoon is binnen het rusthuis die de vroegtijdige zorgplanning organiseert en uitvoert en dit zoveel mogelijk in samenwerking met de huisarts.(25-27)

In het voorgelegde voorstel neemt de VZP-verantwoordelijke contact op met de huisarts van een nieuwe bewoner om te polsen wie de VZP-gesprekken zal uitvoeren: de VZP-verantwoordelijke, de huisarts of beiden samen en worden er concrete afspraken gemaakt.

Het bespreken van de vroegtijdige zorgplanning gebeurt op drie momenten. Nieuwe bewoners krijgen bij onthaal de brochure 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken', afkomstig van www.delaatstereis.be samen met een korte brochure over hoe de VZP praktisch in ons rusthuis verloopt. De gesprekken worden gevoerd door de VZP-verantwoordelijke en/of de huisarts.

Tijdens een eerste gesprek, binnen de eerste maand na opname, wordt gepeild naar de waarden en opvattingen van de patiënt omtrent zijn toekomst alsook de rol van familie en vertegenwoordiger. Tijdens een vervolgbezoek, binnen de 3 maand na opname, worden de VZP-documenten opgesteld.
Deze tijdslijn is gebaseerd op het onderzoek van Raes et al. en de algemene aanbeveling uit de literatuur om VZP kort na intrek in het WZC aan te kaarten, waarbij binnen de eerste maand na opname als richtlijn geldt.(25)

#### 4.1.2. Document vroegtijdige zorgplanning

De ontwikkeling van een VZP-document werd gebaseerd op het document ontwikkeld door Raes et al. en wordt weergegeven in Bijlage 5.

Er werd ruimte voorzien voor de neerslag van de persoonlijke waarden en opvattingen van de patiënt. Dit werd overgenomen uit het document 'Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde' opgesteld door Manu Keirse, aangezien dit ontbrak in het ontwerp van Raes et al.(28) Vroegtijdige zorgplanning draait vooral rond het bespreken van de verdere zorg, waarbij communicatie zeer belangrijk is. De neerslag van persoonlijke waarden en opvattingen mocht dus niet ontbreken op het VZP-document.

Op basis hiervan wordt er een zorgdoel toegekend. Hierbij wordt de nadruk gelegd op hetgeen de bewoner wél nog wil, eerder dan niet meer wil. Het bevat dan ook geen lijst met behandelingsmogelijkheden. De tabel met zorgdoelen werd overgenomen van Raes et al. en deels herwerkt. Om tot een voorstel te komen dat praktisch beter implementeerbaar zou zijn werd ervoor gekozen de zorgdoelen toch uit te breiden met de behandelingsmogelijkheden die logischerwijze voortvloeien uit het zorgdoel.

Zorgdoel code A betekent alles doen. De bewoner wil dat hem de maximale zorg wordt toegediend, ongeacht de situatie en zowel in het WZC als in het ziekenhuis. Dit brengt automatisch met zich mee dat deze persoon ook wil gereanimeerd worden.

Zorgdoel code B betekent behoud van functies. De bewoner wil niet meer automatisch alle mogelijke zorg krijgen. Hij/zij wil vooral de gezondheid die ze nu kent behouden. Dit brengt met zich mee dat hij/zij geen reanimatie, intensieve zorg of hemodialyse meer wenst. Afhankelijk van de huidige gezondheidstoestand kan wel nog geopteerd worden voor parenterale voeding of vocht, mede in functie van de prognose. Er wordt een onderverdeling gemaakt binnen zorgdoel code B tussen mensen die wel nog naar het ziekenhuis willen en mensen die in principe niet meer naar het ziekenhuis wensen te gaan. Verder wordt uitgegaan van een maximale zorg binnen het WZC.

Zorgdoel code C staat voor comfortzorg en komt overeen met palliatieve zorg in het WZC. Een ziekenhuisopname is niet meer wenselijk, tenzij nodig voor comfortzorg. Een veel voorkomend voorbeeld is het geval van een heupfractuur. Er wordt geen parenterale voeding of vocht toegediend en ook enkel medicatie toegediend in functie van comfort. De zorgdoelen werden door Raes et al. vertaald naar een behandelingstabel voor alle disciplines (verpleging, kiné, ergo, voeding). Dit werd overgenomen in het VZP-document.

De contactgegevens van de bewoner, de vertegenwoordiger en de huisarts staan duidelijk op het formulier vermeld alsook hun handtekeningen en de datum. De keerzijde van dit document bestaat uit de aanwijzing en aanvaarding van de wettelijk vertegenwoordiger.

Op basis van het werk van Raes et al. en de ervaring opgedaan via andere WZC werd een signaalblad opgesteld. De bedoeling is dat alle betrokken zorgverleners in dit document opmerkingen kwijt kunnen die tijdens de dagelijkse gesprekken met de bewoner aan bod komen en die mogelijks belangrijk zijn voor de VZP. Hierbij wordt uitgegaan van de belangrijke signaalfunctie van de verschillende zorgverleners maar ook van bijvoorbeeld het onderhoudspersoneel. Praktisch gezien zullen de opmerkingen van het onderhoudspersoneel via een verpleegkundige op het signaalblad komen aangezien zij geen toegang hebben tot het medisch dossier.

De gesprekssjablonen, die voorgesteld worden door Raes et al. voor het voeren van de gesprekken werden overgenomen (Bijlage 4). De enige aanpassing die hier werd aangebracht was te peilen tijdens het eerste gesprek of er vragen zijn rond euthanasie en indien nodig aangeven dat euthanasie in dit rusthuis mogelijk is.

Het VZP-document en het signaalblad worden bewaard vooraan in het medisch dossier. Bij opname in het ziekenhuis wordt standaard een kopie van het VZP-document meegegeven met de identiteitskaart en de verwijsbrief.

## 4.2. Focusgroepen en deelnemers

Focusgroep 1

| Nr. | M/V | Leeftijd | Functie |
|---|---|---|---|
| 1. | V | 51 | 26 jaar actief als verpleegster in het rusthuis. Hoofdverpleegkundige van 1ste en 2de verdiep, waaronder de afdeling voor dementerenden. |
| 2. | V | 35 | 12 jaar actief als ergotherapeut in het rusthuis. |
| 3. | M | 50 | 35 jaar actief als kinesist, waarvan 12 jaar in het rusthuis. Hoofd van de paramedici (kiné, ergo, animatie) |
| 4. | V | 35 | 12 jaar actief als verpleegster in het rusthuis. Hoofdverpleegkundige van het gelijkvloers en de serviceflats. |
| 5. | V | 32 | 13 jaar actief als verpleegster in het rusthuis. Adjunct hoofdverpleegkundige van 1ste verdiep waaronder de afdeling voor dementerenden. |

Focusgroep 2

| Nr. | M/V | Leeftijd | Functie |
|---|---|---|---|
| 1. | M | 36 | Huisarts met meeste patiënten in het rusthuis. |
| 2. | V | 44 | Campus coördinator en sociaal verantwoordelijke. Sinds 2 jaar actief in het rusthuis. |
| 3. | M | 66 | Reeds 22 jaar CRA. |
| 4. | M | 45 | Directeur van de zorggroep van rusthuizen sinds 4 jaar. |
| 5. | M | 59 | Huisarts. |

## 4.3. Bespreking resultaten focusgroepen

### 4.3.1. Houding en verwachtingen ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning

Globaal genomen zien de deelnemers VZP als een meerwaarde voor het WZC. De grootste verwachting van het VZP-beleid is de vraag rond opname: een dokter van wacht moet kunnen zien of er nog een opname gewenst is. De papieren hieromtrent moeten vooral duidelijk zijn. Een algemeen beleid hiervoor zou zowel voor de verpleging als de arts een verbetering betekenen: meer duidelijkheid, minder getwijfel, minder overleg nodig met familie op kritieke momenten.

De verpleging hoopt dat VZP niet betekent dat zij opeens meer subcutaan vocht of sondevoeding zullen moeten toedienen. Uit ervaring weten ze dat dit niet goed loopt in het RVT. In deze focusgroep wordt ook opgemerkt dat de bewoners van de serviceflats een ideale doelgroep zouden vormen voor VZP.

De directeur vindt het belangrijk dat er een duidelijke filosofie komt rond VZP en dat dit aspect meer aandacht verdient. Hij zou het ook graag meer bespreekbaar stellen, vaak rust er nog een soort taboe rond.

De artsen vinden het goed dat de VZP-gesprekken breed gevoerd worden, dat het breder gaat dan alleen ziekenhuisopname ja of nee.

In de voorgestelde gesprekssjablonen wordt gesteld dat 'euthanasie mogelijk is in dit rusthuis'. Dit komt echter niet overeen met de huidige realiteit binnen het rusthuis. Euthanasie kan in bepaalde situaties, na uitputting van de palliatieve mogelijkheden en bij aanhoudende vraag van de bewoner.

> *"Voor de dokter van wacht is het altijd al belangrijk dat er op staat hospitalisatie gewenst ja of nee. Dat is eigenlijk een van de, dé grote vragen altijd. Moet die patiënt nog gehospitaliseerd worden ja of nee? (...) Maar dat is vaak het probleem dat we dan zien na het weekend, krijgen we dan telefoon van de familie, ja de dokter van wacht is erbij geweest en mijn moeder ligt nu weer in de kliniek, we hadden nochtans afgesproken dat we ze niet meer gingen opnemen. Dat is dikwijls een probleem." (FG2 N5, 59j)*
>
> *"Ja als ge dan toch nog zegt, code B, er zijn nog zaken die kunnen verbeteren, dan zou ik op dat moment toch nog kiezen voor het ziekenhuis en niet meer hier proberen met vocht toedienen. (...) Als ze echt vocht nodig hebben subcutaan of parenteraal dan moet je echt wel kiezen dan voor een ziekenhuis. (...)" (FG1 N1, 51j)*
>
> *"Ik denk, euh, naar de praktijk toe, ik denk dat het belangrijk is om dat eerst met ons allen samen, dokters, directie, hoofdverpleegkundige, dat ze allemaal akkoord zijn dat dat een belangrijk aandachtspunt is, dat we daar eigenlijk gewoon een concreet werkpunt van maken. En dat we het ook bespreekbaar kunnen stellen want meestal is dat toch zo, het is dat bespreekbaar stellen, er is toch nog een beetje een taboe over. Want als je daarover spreekt is het precies van ja..." (FG2 N4, 45j)*

### 4.3.2. Timing en communicatie

In beide focusgroepen is men akkoord met het vooropgestelde schema van brochure tijdens onthaal, eerste verkennend gesprek na een maand en vervolgbezoek na drie maand. Toch heerst er ook twijfel: zal het niet te confronterend zijn voor een nieuwe bewoner om meteen na intrek in het rusthuis al met vroegtijdige zorgplanning en dus de dood geconfronteerd te worden? Is het niet raar om VZP te bespreken met een nog fitte bejaarde?

In de focusgroep met de huisartsen en directie komt men uiteindelijk toch tot de conclusie dat het belangrijk is vanaf intrek in het rusthuis te starten met vroegtijdige zorgplanning omdat er altijd iets kan gebeuren, bijvoorbeeld een CVA, waarna de VZP meteen in werking moet komen. Het bespreken van de VZP moet wel aangepast worden aan de reactie en gezondheidstoestand van de patiënt.

De voorgestelde folder 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken' vinden alle deelnemers niet geschikt om af te geven bij onthaal omdat ze de term 'de laatste reis' te confronterend vinden.

De huisartsen vinden een jaarlijkse opvolging van de vroegtijdige zorgplanning het beste. Dit is voor hun de meest logische optie aangezien voor elke bewoner reeds jaarlijks een overleg wordt georganiseerd waarvoor de huisarts wordt uitgenodigd. Bij dit overleg kan meteen de vroegtijdige zorgplanning herbekeken worden.

> *"Maar wacht eens, wat dat ik een probleem vind, als er hier iemand binnenkomt die nog goed is, wat ga je daar van zorgplanning? Iemand die nog goed is? Zeggen van: ah, je komt hier toe, en wat ga jij doen? Moet gij nog opgenomen worden in een ziekenhuis? Ahja natuurlijk. Ale ik bedoel? In zo'n stadium?" (FG2 N3, 66j)*

> *"Maar dan heb je het wel al eens, door vroegtijdige zorgplanning te doen heb je het al eens gevraagd aan de patiënt terwijl het nu vaak door ons of door de familie beslist wordt. Terwijl je de hele tijd de tijd hebt om het toch aan de patiënt een keer te vragen wat hij zou willen. En nu doen we al hetgeen wat dat we denken dat de patiënt wil, maar ja dat weten we uiteindelijk niet honderd procent e." (FG2 N1, 36j)*

> *"Alles is een beetje te wijzigen van geval tot geval. We gaan iets vooropstellen, een planning, maar altijd aan te passen aan de omstandigheden van de patiënt of de bewoner zelf." (FG2 N3, 66j)*

> *"Maar ik vind die term van de laatste reis, ik vind dat zo'n beetje, als ge nu in een rusthuis toekomt en je bent nog goed, dan wordt je er zo wel met uw neus opgedrukt." (FG2 N5, 59j)*

### 4.3.3. Wilsonbekwame bewoners

Beide focusgroepen vinden dat de wilsonbekwame bewoners niet meteen een ander beleid vereisen dan de wilsbekwame bewoners. Wel hameren ze beiden op de grotere rol die de familie in deze situatie zal spelen. De artsen vinden het vooral belangrijk dat er een vertegenwoordiger wordt aangeduid door de bewoner, nog voor hij wilsonbekwaam wordt. Toch weten ze dat er zeker situaties zullen opduiken waarbij er geen vertegenwoordiger werd aangeduid en er geen consensus bestaat onder de kinderen. Als oplossing wordt een goede dialoog en overleg met alle familieleden naar voor gebracht.

De verpleging deelt de mening van de artsen en stelt dat het voor familie van bewoners die hun intrek nemen op de afdeling dementie extra moeilijk is. Zij waarschuwen eveneens dat dit in bepaalde families problemen zal opleveren. Anderzijds vrezen ze dat de vroegtijdige zorgplanning in sommige families wat té vlot zou verlopen.

> *"Eigenlijk, voor de ene familie zal het zeer moeilijk zijn en dan ga je ook familie hebben waar het eigenlijk te gemakkelijk gaat, bij de dementerenden. Want er zijn er die nooit geen bezoek meer krijgen omdat ze hen toch niet herkennen. En dan is het gevaar dat het dan te gemakkelijk beslist wordt." (FG1 N1, 51j)*

> *"Vandaar ook in die vroegtijdige zorgplanning, dat is een belangrijk iets, dat de patiënt dat weet wat dat is. En dat dat op een papier staat, want die kan beslissen wat er met de patiënt gebeurd als hij het niet meer kan zeggen." (FG2 N1, 36j)*

> *"Bij wilsonbekwamen is het vooral belangrijk dat we die familie samen krijgen en dat je voelt dat ze aan hetzelfde zeil trekken. Als je voelt dat er ergens een is die niet akkoord gaat dan zit je met een probleem want dan mag je dat opmaken maar dan kan, ja ik weet niet of er een wettelijke mogelijkheid is dat die dan zegt, ja maar ik was niet akkoord." (FG2 N5, 59j)*

#### 4.3.4. Verantwoordelijke vroegtijdige zorgplanning

In beiden focusgroepen was men geen voorstander van het systeem van één VZP-verantwoordelijke voor het hele rusthuis. Er werd gesteld dat één verantwoordelijke het systeem kwetsbaar maakt, bijvoorbeeld bij uitval wegens ziekte of verlof. Ook werd de vraag gesteld of de werklast niet te hoog is voor één persoon en of deze verantwoordelijke wel een voldoende grote vertrouwensband zal hebben met de bewoners om zo'n gesprekken te voeren. Hierbij wordt benadrukt dat een vertrouwensband essentieel is voor het slagen van de VZP-gesprekken.

In beide focusgroepen kwam dezelfde oplossing naar voor: meer in team werken. Het vroegere palliatieve team, dat een stille dood was gestorven na het vertrek van de vorige sociaal verantwoordelijke, zag men als een goed vertrekpunt. De huidige sociaal verantwoordelijke en campus coördinator zou binnen deze werkgroep de rol van coördinator op zich kunnen nemen.

In de focusgroep van de verpleging werd voorgesteld om vanuit dit team vroegtijdige zorgplanning de persoon te selecteren die ondertussen het meeste voeling met de bewoner had opgebouwd om de gesprekken te voeren. Dit in tegenstelling tot het voorgelegde voorstel waar de gesprekken zouden gevoerd worden door de VZP-verantwoordelijke en/of de huisarts. Een soortgelijk idee werd in de focusgroep van artsen en directie naar voor geschoven: zij stelden voor de ergo in te schakelen, aangezien zij meer contact hebben met de bewoner en de familie.

In het theoretisch voorstel zou de eigen huisarts de meest aangewezen persoon zijn om de VZP-gesprekken te voeren. In beide focusgroepen kwam echter naar voor dat de rol van de huisarts in de praktijk waarschijnlijk vrij beperkt zou blijven: een huisarts merkte op dat er blijkbaar geen al te grote interesse is voor vroegtijdige zorgplanning onder de huisartsen, een kinesist deelde deze bezorgdheid.

Bovendien vonden de huisartsen in de focusgroep dat hun aanwezigheid tijdens de VZP-gesprekken niet noodzakelijk is. Er werd gesuggereerd dat de huisarts hier onvoldoende tijd voor heeft, aangezien dit toch moeilijke en lange gesprekken zijn. Ook zien ze de aanwezigheid van de huisarts mogelijks als een drempelverhogende factor.

De huisartsen zien hun functie vooral na het tweede gesprek: om hetgeen besproken is in de gesprekken te concretiseren naar de VZP-documenten en dit in aanwezigheid van de vertegenwoordiger, degene die het gesprek gevoerd heeft, de VZP-verantwoordelijke maar niet de bewoner zelf.

> *"Die is eigenlijk stilgevallen. Awel, dat is een van mijn opmerkingen. Met 1 persoon valt alles of. X is weggegaan en alles is stilgevallen. En dat riskeert ge als ge 1 persoon alles laat doen, en die valt weg door een of andere reden, valt alles ook weer stil." (FG1 N3, 50j)*

> *"Soms zijn de mensen hier in het rusthuis ook. Kunnen ze tegen de ene persoon meer zeggen dan tegen de andere. Bijvoorbeeld mensen die naar deelnemer 5 gaan, mensen die naar deelnemer 3 gaan, mensen die naar mij komen. En eigenlijk, de sociaal verantwoordelijke, van in haar functie, zij komt niet zoveel bij de mensen dus dat lijkt dan dat er een vreemde" (FG1 N2, 35j)*

> *"Ik vind dat goed dat deelnemer 2 dat mee gaat opvolgen met de huisarts maar ik denk dat er nog een derde persoon zou moeten bijzijn, iemand vanuit het team dan bijvoorbeeld. Hij had gezegd, ge hebt op uw dienst iemand van de kiné, de ergo en iemand van de verpleging bijvoorbeeld die dat mee opvolgt, dat er 1 van die 3, die dat zegt van ok die bewoner ligt mij of achter een maand heb je toch al een beetje een zicht van tegen u vertelt hij meer als tegen mij, zit gij dan bij die momenten bij. (FG1 N5, 32j)*

> *"(...) Maar eerlijk gezegd, ik denk niet, want we hebben hier nog huisartsen uitgenodigd é deelnemer 5, maar jij bent de enige die gekomen is, maar al de rest is niet gekomen, dus er is precies niet zo'n grote interesse naar vroegtijdige zorgplanning. Dus als dat tweede gesprek zegt, de huisarts wil dat doen dan is dat goed maar ander moet dat iemand van hieruit het doen. En ik had gedacht iets van de ergo. In sommige rusthuizen is het de kiné, in home Z is dat een kinesist die zich daar mee bezig houdt. Maar ik denk door dat op 1 persoon te laten dat dat moeilijk zal zijn." (FG2 N1, 36j*

#### 4.3.5. Samenwerking

De sociaal verantwoordelijke en campus coördinator stelt voor een algemene brief te sturen naar alle huisartsen betrokken bij het rusthuis waarin het beleid rond VZP wordt uitgelegd. Indien de huisarts een meer actieve rol wil spelen binnen de VZP, dan zou hij hiervoor zelf het initiatief moeten nemen. Het is immers voor de coördinator te veel werk om voor elk VZP-gesprek de huisarts te contacteren met de vraag of hij al dan niet aanwezig wil of kan zijn.

De verpleging stelt dat het belangrijk is om alle medewerkers goed te informeren omtrent de VZP. Een infomoment zien zij hiervoor als beste oplossing.

*"Als de bedoeling is dat ik elke nieuwe bewoner binnen de maand eens bezoek en dan nog eens binnen de drie maand. Ik ga niet elke huisdokter, dan ook nog eens informeren, dokter op die moment, op die dag, waarschijnlijk op dat uur ga ik dat eerste of dat tweede gesprek hebben. Wat dat we wel kunnen doen is, eens het in voegen gaat, een algemene brief maken naar al onze dokters en hun informeren, dat dat vanaf nu het stramien zal zijn en als ze daar graag bij zijn, of bij opname van hun bewoner dat ze gerust een seintje mogen geven, zoiets, maar ik ga die niet allemaal..." (FG2 N2, 44j)*

### 4.3.6. Document Vroegtijdige Zorgplanning

#### 4.3.6.1. Ondertekening en vertegenwoordiger

In beide focusgroepen komt naar voor dat de VZP-documenten goed gehandtekend moeten zijn, om discussie achteraf te vermijden. Een huisarts ziet het correct ingevulde VZP-document mede als een instrument om zichzelf in te dekken. Een kinesist stelt voor om niet alleen de vertegenwoordiger te laten tekenen maar ook om duidelijk aan te geven met welke familieleden het VZP-beleid werd besproken. Dit wordt beaamd door de verpleging die reeds problemen heeft zien ontstaan binnen bepaalde families die het onderling niet eens waren.

De huisartsen en directie vinden de vertegenwoordiger een ontbrekend gegeven binnen de gesprekssjablonen. Dit moet duidelijk besproken worden tijdens het eerste gesprek zodat de bewoner tijd heeft om hierover te reflecteren en iemand kan aanduiden.

*"En hij komt dan in het ziekenhuis met dat papier met bijvoorbeeld beperkte ziekenhuisopname, ja maar wij hebben dat hier niet gezegd, dus dat erop staat bij wie. Misschien moeten we daar ergens een vakje, wie dat bij het overleg of bij het invullen samen het overlopen heeft." (FG1 N3, 50j)*

*"Ja dat moet erbij. Bij dat eerste gesprek moet je uitleggen wat een vertegenwoordiger is en wie dat dat moet zijn. Dan moet hij keuzes maken, en als hij dan die keuze gemaakt heeft, dan kun je later heel veel problemen voorkomen, omdat je dan een vertegenwoordiger hebt." (FG2 N3, 66j)*

#### 4.3.6.2. Kleurencode

Een idee dat geen deel uitmaakte van het voorgelegde VZP-beleid maar wel naar boven kwam in beide focusgroepsgesprekken was dit van de kleurencode. Beide groepen zien hierin een instrument om snel duidelijkheid te scheppen binnen een situatie. Een kleurensticker vooraan op het medisch dossier zou dan aangeven of het gaat om zorgcode A, B of C.

*"Als er maar drie codes zijn dan is groen, oranje en rood. Dat zijn de drie logische. En het is dan vooral in het geval van oranje dat je wellicht het document zult moeten zoeken voor meer uitleg want A, dus groen dat is alles en rood is niets." (FG2 N2, 44j)*

#### 4.3.6.3. Neerslag gesprek

In het VZP-voorstel wordt gewerkt met een VZP-document waar de bewoner kort zijn normen en waarden kan noteren. Er werden ook gespreksjablonen samengesteld voor het voeren van het eerste en het tweede gesprek. De artsen en directie vonden het merkwaardig dat er geen schriftelijk verslag wordt opgemaakt van deze gesprekken. Zij vinden dat er zeker een neerslag van in het dossier moet komen door degene die de gesprekken afneemt. Dit kan dan verder gesynthetiseerd worden op het VZP-document.

> *"Ik zou dat uit elkaar halen. Dat document is voor de wachtdokter. Die ziet hier: rood, groen, oranje. Meer moet die niet weten. Maar de patiënt kan wel meer gezegd hebben en dat moeten we toch ook weten. Ik zou dat uit elkaar halen. Als daar allemaal over gebabbeld wordt en we schrijven daar niets van op." (FG2 N1, 36j)*

#### 4.3.6.4. Lijst met behandelingsopties

In het voorstel VZP-beleid werd op basis van de literatuurstudie bewust geen lijst met behandelingsopties toegevoegd waaruit de bewoner al dan niet kan kiezen. Dit werd door de huisartsen als een gemis ervaren en zij stellen voor om dit alsnog toe te voegen.

> *"B is, ahja geen reanimatie, dat kan. Ofwel moet je code B, kun je inderdaad bijvoorbeeld, geen reanimatie, geen intensieve zorg, kun je dat, dat je dat daar achteraan vindt ja of nee. Ik zou bijvoorbeeld niet willen gereanimeerd worden, maar ik zou wel nog graag op intensieve zorgen liggen, dat zou kunnen é, als patiënt. Ik wil wel op intensieve zorgen liggen maar als ze daar moeten beginnen te pompen, laat dan maar zijn. Dat zou een wens kunnen zijn. Dat wordt niet gedifferentieerd in dit papier." (FG2 N1, 36j)*

#### 4.3.6.5. Ziekenhuisopname

In het voorgelegde voorstel gaat een kopie van het VZP-document mee bij een ziekenhuisopname. Vooral de verpleging had hier praktische bezwaren tegen. 's Nachts, wanneer men er alleen voor staat, nog een kopie nemen is niet haalbaar. Zij zouden het makkelijkst vinden wanneer ze het VZP-document mee kunnen afdrukken met het hospitalisatiedossier. De artsen stellen voor er reeds op voorhand een kopie van te nemen, hoewel een elektronisch VZP-dossier voor hen de ideale oplossing zou zijn.

> *"Ja maar we moeten juist iets zoeken, als dat mee moet naar het ziekenhuis hoe dat we dat praktisch moeten oplossen want op den duur moet je aan zoveel verschillende dingen denken in acute situaties." (FG1 N5, 32j)*

> *"Je zou het in dat dossier van de hospitalisatie moeten kunnen steken." (FG1 N1, 51j)*

### 4.3.7. Signaalfunctie en signaalblad

In beide focusgroepsgesprekken wordt erkend dat alle zorgverleners en bij uitbreiding al het personeel van het WZC een belangrijke signaalfunctie hebben.

De verpleging, kiné en ergo zien het signaalblad als een nuttig instrument om de signaalfunctie te ondersteunen. Om het beter bereikbaar te maken werd voorgesteld van dit niet in het medisch dossier te bewaren maar in het verpleegkundig dossier. Het onderhoudspersoneel, dat een belangrijke signaalfunctie wordt toegeschreven, zal opmerkingen via de verpleging moeten doorgeven aangezien zij geen toegang hebben tot het verpleegdossier.

De huisartsen en de directie daarentegen zien geen al te grote toekomst weggelegd voor het signaalblad. Zij stellen voor opmerkingen van de andere hulpverleners via de bestaande kanalen te laten verlopen.

> *"Ja, dat heb je nu toch ook, je hebt nu toch ook dat blad, observaties voor de huisarts, in het verpleegkundig dossier zit dat toch ook in? Om observaties te noteren." (FG2 N2, 44j)*

> *"Ja maar wacht é deelnemer 4, een poetsvrouw hoort veel op de kamers zeggen en er zijn veel mensen die dan echt meer palliatief zijn die dan eens hun hart luchten tegen de poetsvrouw want die is wel lang op de kamer. Wij zijn allemaal zo lang niet op de kamer dan de poetsvrouw." (FG1 N1, 51j)*

# 5. Discussie

## 5.1. Houding

Uit de focusgroepen bleek dat alle zorgverleners en bij uitbreiding de directie positief staan tegenover vroegtijdige zorgplanning. Dit is een essentiële voorwaarde om tot een duurzaam en gedragen VZP-beleid te komen.

Er bestaan echter ook twijfels: Kan men VZP bespreken met een nog fitte bejaarde? Is dit niet te confronterend? Hierbij passend is de vaststelling dat de titel van de voorgestelde infobrochure 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken' te expliciet en confronterend bevonden werd.

Dit staat in contrast met de literatuur rond VZP waaruit blijkt dat er niet te vroeg gestart kan worden met VZP. Het is net de bedoeling VZP te bespreken wanneer de bejaarde nog fit en mentaal gezond is zodat de voorkeuren kenbaar kunnen gemaakt worden voor wanneer dit niet meer zo is.

Anderzijds wordt in de focusgroepen benadrukt dat de opname in een WZC voor de bewoner en de familie een ingrijpende gebeurtenis is en met de nodige omzichtigheid met deze nieuwe bewoners moet worden omgegaan. Dit belangrijk gegeven wordt vanuit een theoretische insteek misschien wat te makkelijk over het hoofd gezien.

Men kan besluiten dat er een discrepantie bestaat tussen het enthousiasme voor VZP en wat deze VZP dan precies inhoudt. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het invoeren van een algemeen VZP-beleid. Net daarom werd in deze masterproef vertrokken van een theoretisch voorstel dat na feedback vanuit het veld aangepast wordt naar een meer praktisch en realistisch implementeerbaar VZP-beleid.

## 5.2. Barrières voor Vroegtijdige Zorgplanning

Uit de literatuurstudie kwamen enkele barrières en valkuilen naar voor die een goed VZP-beleid in de weg kunnen staan.

De artsen in de focusgroep geven aan dat zij waarschijnlijk geen tijd zullen hebben om de VZP-gesprekken te voeren aangezien dit lange gesprekken zullen zijn. In de focusgroep van de verpleging kwam tijdsgebrek niet naar voor als valkuil voor het uitvoeren van de VZP. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waar tijdsgebrek door sommige artsen aanzien wordt als een belangrijke barrière voor VZP maar in geen enkele studie naar voor komt als een bezorgdheid van de verpleging.(2, 5, 6, 19)

Uit de literatuur blijkt dat de verpleging voornamelijk bezorgd is om veiligheid.(21) Dit komt ook naar voor in de focusgroep, waar de vrees geuit werd dat bij wilsonbekwame personen de VZP al te makkelijk zou kunnen beslist worden in bepaalde families, die geen goede of hechte band hebben met de bewoner. De persoon die de VZP-gesprekken voert zal hier bedacht op moeten zijn. Indien er signalen zijn dat de familie niet handelt zoals men van een toegewijde familie kan verwachten moet hij/zij het VZP-proces op pauze zetten en eerst terugkoppelen naar het vroegtijdige zorgplanning – palliatieve zorgen team (VZP-PZ team) om deze situatie te bespreken.

Uit onderzoek blijkt dat familiale ruzies en familiaal complexe verhoudingen een belangrijke barrière kunnen vormen voor VZP. (6) Deze bezorgdheid kwam ook naar voor in de focusgroepen, waarbij men aangaf dat VZP het moeilijkst is wanneer de betrokken familieleden van mening verschillen. Een huisarts ziet het correct ingevulde VZP-document als een instrument om zich hiertegen in te dekken. Een kinesist stelde voor om alle aanwezige familieleden te laten tekenen op het VZP-document, hetgeen weerhouden werd in het finale VZP-beleid.

Een valkuil beschreven door Raes et al. is dat de VZP-documenten een te hoge administratieve belasting kunnen zijn. Dit kwam naar voor in een vervolgstudie waaruit bleek dat enkele formulieren ongebruikt waren.(26, 27) In de focusgroepen werd deze administratieve belasting ook aangekaart. Zo wordt het maken van een kopie van het VZP-document bij opname praktisch niet mogelijk geacht. Het signaalblad zien de artsen als administratieve belasting zonder veel toegevoegde waarde. Deze opmerkingen hebben als gevolg dat in het finale plan de signaalfunctie via de reeds bestaande kanalen verloopt en het VZP-document bij opname samen met het hospitalisatieformulier zal afgedrukt worden.

Het VZP-beleid moet rekening houden met financiële en logistieke restricties. In het voorgelegde beleid werd hieraan tegemoetgekomen door de sociaal verantwoordelijke en campus coördinator aan te stellen als VZP-verantwoordelijke nadat zij te kennen had gegeven zich hiertoe in staat te achten op vlak van werklast. Een extra functie of uitgavenpost werd bewust vermeden. Na feedback van de focusgroepen werd dit idee vervangen door het oprichten van een vroegtijdige zorgplanning – palliatieve zorgen team (VZP-PZ team). Ook dit zal tijd en inzet vergen van de deelnemers maar aangezien uit de focusgroepen bleek dat het enthousiasme aanwezig is, mag aangenomen worden dat deze optie veel slaagkans heeft. Opnieuw vergt dit beleid geen extra functie of uitgavenpost.

Ook het voorstel om de betrokken huisarts telkens te contacteren in verband met de VZP werd gezien als praktisch onhaalbaar omwille van een te hoge werklast. Hierdoor werd overgeschakeld naar een algemene rondzendbrief voor huisartsen waarbij het initiatief bij hen wordt gelegd.

Het voorgelegde VZP-beleid was opgesteld voor alle bewoners van het WZC. Reeds vanaf de start van de focusgroepen werd duidelijk dat deze doelstelling te ambitieus was, aangezien ze meteen op heel wat praktische bezwaren stootte. Daarom werd al tijdens de focusgroepen uitgegaan van een VZP-beleid dat start met de nieuwe bewoners. Een uitbreiding van het beleid naar alle bewoners zal pas in tweede instantie plaatsvinden.

Raes et al beschrijft in de vervolgstudie dat een sturende houding van de arts bij bepaalde bewoners nodig was om tot een degelijke VZP te komen. In het finale VZP-beleid zullen de gesprekken meestal niet gevoerd worden door een arts maar wel door een verpleegkundige, ergotherapeut of kinesist van het VZP-PZ team. De vraag stelt zich of zij zo'n sturende houding zullen kunnen aannemen. Dit is een gegeven dat verder in de praktijk, binnen het VZP-PZ team, zal moeten opgevolgd worden.

## 5.3. Het voeren van de Vroegtijdige Zorgplanningsgesprekken

Een opmerkelijk resultaat van de focusgroepen is dat de huisartsen de aanwezigheid van een huisarts bij de VZP-gesprekken niet noodzakelijk achten en ze dit mogelijks zelf een drempelverhogende factor vinden. Men zou eerder verwachten dat de huisarts net de best geplaatste persoon is, gezien zijn reeds jaren bestaande vertrouwensband met de bewoner en zijn medische kennis omtrent prognose en behandelingsmogelijkheden.
Bij de interpretatie van deze vaststelling moet men rekening houden met de specifieke context waaruit dit resultaat is voortgekomen. Het ging om slechts één focusgroep in één rusthuis met drie aanwezige huisartsen. Niet alle huisartsen actief in het rusthuis werden bevraagd rond hun houding en voorkeuren voor het voeren van de VZP-gesprekken.

De vaststelling dat de huisarts zich als een drempelverhogende factor ziet kan mogelijks verklaard worden vanuit onderzoek gevoerd naar de houding van huisartsen ten opzichte van vroegtijdige zorgplanning. Zo voelen sommige artsen zich oncomfortabel bij VZP aangezien ze vinden dat het hun taak is de patiënt te genezen, in plaats van te helpen sterven.(5) Sommige artsen worstelen met de paradox tussen het promoten van goede gezondheid en het bespreken van het onvermijdelijke falen hiervan. De vrees bestaat dat het te vroeg bespreken van vroegtijdige zorgplanning de arts-patiënt relatie niet ten goede komt. (6) Een andere veel voorkomende bezorgdheid die leeft onder artsen is dat men door het onderwerp aan te raken de dood bij de patiënt onder ogen brengt waardoor de patiënt de hoop verliest of onnodig gestresseerd geraakt. Ook vrezen sommige zorgverleners dat volledige informatie omtrent de medische toestand van de patiënt het algemeen welzijn vermindert, waarbij men ervan uitgaat dat de patiënt sommige zaken liever verbloemd of onbesproken laat en liever niet over zijn eigen toekomst nadenkt. (2, 3, 7)

Deze opvattingen passen binnen het concept paternalisme. De arts denkt te weten wat de patiënt het liefste wil en neemt in eer en geweten beslissingen in het belang van de patiënt. Bij dit proces wordt geen open communicatie gebruikt. Hierdoor weet de arts niet echt wat er leeft bij de patiënt of hoe deze zich voelt, aangezien dit steeds onbesproken blijft. Dit blijkt ook uit onderzoek naar de mening van ouderen omtrent VZP, waarin naar voor komt dat de meeste ouderen zich klaar voelen om VZP te bespreken en dit graag zouden doen.(10) Bovendien is er geen evidentie dat het bespreken van VZP een negatieve uitkomst zou hebben op het welzijn van de patiënt, noch dat VZP angst of depressie zou veroorzaken. (12, 13) Er bestaat dus een belangrijke discrepantie tussen hetgeen de arts denkt dat de patiënt wil en hetgeen de patiënt effectief wilt.

Een tweede opmerkelijk resultaat van de focusgroepen is dat de aanwezige huisartsen de aanwezigheid van de bewoner niet nodig achten bij het invullen van de concrete VZP-documenten. Deze houding veronderstelt dat de bewoner hiervoor niet opgewassen is, of dat het voor zijn welzijn beter is hier niet bij te zijn. Ook dit past binnen een paternalistische visie van de arts en wordt tegengesproken door de literatuur. (2, 3)

De opmerkingen van de huisartsen rond tijdsgebrek en aanwezigheid bij de VZP-gesprekken werden meegenomen bij het opstellen van het finaal VZP-beleid. Hoewel de betrokkenheid van de eigen huisarts bij het VZP-proces gestimuleerd zal worden, wordt er minder vanuit gegaan dan in het oorspronkelijke voorstel. Het lijkt erop dat de eigen huisarts over het algemeen in de praktijk geen al

te grote rol zal spelen bij het VZP-proces. Dit is jammer aangezien zijn vertrouwensband met de patiënt en zijn medische kennis zeker een meerwaarde zouden betekenen bij het bespreken en opstellen van de VZP-documenten.
In de plaats wordt ervoor gekozen van het VZP-beleid te laten vertrekken vanuit het VZP-PZ team. Hierbij wordt het belang van een vertrouwensband voor VZP benadrukt door telkens de persoon binnen het VZP-PZ team te selecteren voor het voeren van de gesprekken die ondertussen de beste vertrouwensband met de bewoner heeft opgebouwd.

Er wordt gekozen de VZP-documenten steeds samen met de wilsbekwame bewoner in te vullen. Hier wordt de mening van de huisartsen in de focusgroep dus niet gevolgd. De reden hiervoor is dat het concept paternalisme helemaal haaks staat op het communicatieproces, gebaseerd op wederzijds vertrouwen, dat vroegtijdige zorgplanning hoort te zijn. Men kan de bewoner ook moeilijk achteraf een document laten ondertekenen waarvan hij/zij de inhoud niet goed kent of begrijpt.

### 5.4. Zorgdoelen

Vroegtijdige zorgplanning bestaat uit de communicatie over hetgeen de bewoner nog wilt eerder dan wat hij/zij niet meer wilt. Binnen dit communicatieproces wordt de bewoner begeleidt bij het maken van de afweging tussen drie zorgdoelen: verlengen van het leven, behoud van functies en maximaal comfort bieden. Het is dit communicatieproces dat de grootste meerwaarde biedt voor bewoner, familie en hulpverleners en de kern vormt van vroegtijdige zorgplanning, eerder dan het VZP-document dat het gevolg is van de vroegtijdige zorgplanning. In de literatuur wordt dan ook aangeraden te werken met zorgdoelen aan de hand van zorgcodes en niet met specifieke lijsten van behandelingsopties.(18, 26)

Hierbij mag het belang van een duidelijk VZP-document echter niet onderschat worden. Zo moet bijvoorbeeld de dokter van wacht, die de patiënt niet kent, hier zijn verder beleid op baseren.

In het voorgelegde voorstel VZP werden de zorgcodes reeds concreter gemaakt. Dit als poging een evenwicht te vinden tussen de literatuur en de huidige realiteit in de praktijk. Hierbij werd uitgegaan van de logische keuzes op vlak van reanimatie, intensieve zorgen, ziekenhuisopname en andere zorg die bij de drie zorgdoelen horen.

Tijdens de focusgroepen werd de voorkeur voor een overzichtelijke lijst met behandelingsopties voor het VZP-document geuit. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men reeds ervaring heeft opgebouwd met deze lijsten aangezien ze al gebruikt worden in een palliatieve setting in het WZC. Een tweede mogelijke verklaring is de in de literatuur beschreven tendens dat de meeste artsen en hulpverleners zich comfortabeler voelen met een duidelijke lijst van wat wel en wat niet te doen binnen een concrete situatie, eerder dan het interpreteren van een zorgcode die afhankelijk is van de omstandigheden. (18)

Bij het opstellen van het finale VZP-document werd getracht een evenwicht te vinden tussen beide visies. Hierbij bleven code A en C ongewijzigd: deze zorgdoelen zijn het makkelijkst te interpreteren. Voor code B werd een lijst met behandelingsopties toegevoegd.

Code A betekent alle mogelijke zorg verstrekken waardoor een lijst met behandelingsopties overbodig is. Hierbij kan geopperd worden dat een bewoner alle mogelijke zorg wilt (code A) met uitzondering van reanimatie. Volgens dit model valt deze persoon echter automatisch onder code B, waar hij dit kwijt kan in de lijst met behandelingsopties. Eenzelfde redenering wordt toegepast voor code C. Een lijst met behandelingsopties is niet van toepassing aangezien het louter om palliatieve zorg gaat. Indien er toch meer therapie gewenst is valt de persoon terug onder code B.

# 6. Besluit

## 6.1. Finaal beleid Vroegtijdige Zorgplanning

Op basis van de feedback uit de focusgroepen werd het theoretisch voorstel aangepast tot een praktisch implementeerbaar voorstel, zoals overzichtelijk wordt weergegeven in Bijlage 6. Dit voorstel geldt in eerste plaats voor de nieuwe bewoners van het rusthuis. In tweede instantie, als het ingevoerde VZP-beleid goed draait, zal bekeken worden hoe dit kan uitgebreid worden naar alle bewoners van het WZC.

Het idee van één VZP-verantwoordelijke voor het hele rusthuis wordt verlaten. In plaats daarvan komt een team vroegtijdige zorgplanning - palliatieve zorgen, het VZP-PZ team. Dit wordt gebaseerd op het verloren gegane team palliatieve zorgen, dat vroeger aanwezig was in het WZC. Uit de focusgroepsgesprekken bleek immers dat er veel animo was om dit team in ere te herstellen. Ze vormt dat ook een goede basis voor de uitbouw van een duurzaam VZP-beleid, en bij uitbreiding een goed palliatieve zorgenbeleid, wat echter buiten het bestek van deze masterproef valt.
Dit team zal bestaan uit de sociaal verantwoordelijke en campus coördinator, de CRA, een huisarts, kinesisten, ergotherapeuten en verpleging. Hierbij wordt erop gelet dat elke afdeling goed vertegenwoordigd is. De sociaal verantwoordelijke en campus coördinator neemt de rol van coördinator op zich. Maandelijks komt dit team samen om de vroegtijdige zorgplanning van nieuwe bewoners te bespreken en wordt er binnen dit team een persoon aangeduid om de VZP-gesprekken met de bewoner te voeren, afhankelijk van wie ondertussen de beste vertrouwensband met de bewoner heeft opgebouwd.

Alle huisartsen verbonden met het WZC zullen een informatiebrief krijgen over hoe de VZP voortaan in het WZC wordt uitgevoerd. De huisarts zal uitgenodigd worden, indien hij/zij hier een meer actieve rol in wenst te spelen, contact op te nemen met de coördinator van het VZP-PZ team. Dit in tegenstelling tot het oorspronkelijke voorstel waar de huisarts telkens door het rusthuis zelf gecontacteerd zou worden. Enerzijds is dit om praktische redenen: het telkens contacteren van de huisartsen is een voornemen dat in de praktijk niet waar te maken is. Anderzijds werd de rol van de huisarts in het nieuwe beleid wat teruggeschroefd. De huisarts wordt nog steeds gestimuleerd om actief deel te nemen aan het VZP-proces maar er wordt minder vanuit gegaan.

De timing van de VZP blijft ongewijzigd, namelijk de overhandiging van een folder rond VZP bij onthaal, een eerste gesprek binnen de eerste maand na intrek in het WZC, een tweede gesprek na drie maand en vervolgens een jaarlijkse opvolging van de VZP.

De voorgestelde folder 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken' wordt in het finale voorstel vervangen door een andere, reeds bestaande folder aangezien deze titel te confronterend werd bevonden.

De gesprekssjablonen werden aanvaard als basis van de VZP-gesprekken, met uitzondering van twee aanpassingen. (Bijlage 6) In het sjabloon voor het eerste gesprek wordt het belang van het aanduiden van een vertegenwoordiger beter benadrukt en wordt de vermelding dat euthanasie in dit WZC mogelijk is geschrapt.

De opvolging gebeurt via het jaarlijks patiënten overleg waarop ook de eigen huisarts is uitgenodigd, zoals voorgesteld in het oorspronkelijk voorstel. Indien er zich wijzigingen opdringen wordt dit doorgespeeld naar het VZP-PZ team. Indien er signalen zijn dat er sneller nood is aan wijzigingen van het VZP-beleid voor een bepaalde bewoner kan dit besproken worden op het maandelijks VZP-PZ overleg, of sneller indien de situatie dit vereist. De coördinator van het VZP-PZ team neemt indien nodig contact op met de betrokken huisarts.

Het beleid voor wilsonbekwame bewoners blijft onveranderd en verschilt weinig van het beleid bij wilsbekwame bewoners. De nadruk zal meer liggen bij de gesprekken met de familie en vertegenwoordiger hoewel getracht zal worden de bewoner maximaal te betrekken bij het VZP-proces. Afhankelijk van de houding van de familie kan de VZP besproken worden en het VZP-document opgemaakt worden in één of twee gesprekken die gevoerd worden door iemand van het VZP-PZ team en/of de eigen huisarts indien deze een actievere rol wenst op te nemen.

### 6.2. Finaal document Vroegtijdige Zorgplanning

Op basis van de feedback tijdens de focusgroepen werd een nieuw VZP-document opgemaakt, zoals wordt weergegeven in Bijlage 7.

Het idee van een apart signaalblad werd verlaten. Iedereen die in contact komt met de bewoner behoud wel een belangrijke signaalfunctie. Indien iets opgevangen wordt dat van belang kan zijn voor de VZP, wordt dit in het verpleegdossier genoteerd en deze opmerkingen worden meegenomen naar het VZP-PZ overleg. Hierbij maakt men gebruik van de reeds bestaande kanalen.

Het VZP-document wordt, zoals voorgesteld, bewaard vooraan in het medisch dossier. Uit de focusgroepen kwamen twee voorstellen naar voor die meegenomen werden in het finale beleid. Zo zal het VZP-document geüpload worden in het hospitalisatiedossier van de bewoner en zal er worden gewerkt met een kleurencode: groen voor code A, oranje voor code B, rood voor code C. Een kleurensticker wordt vooraan op het medisch dossier gekleefd.

Er wordt een verslag gemaakt van het eerste en tweede VZP-gesprek. De essentie hiervan wordt genoteerd op het VZP-document, dit ter vervanging van de waarden en normen van de bewoner uit het voorgestelde VZP-document. De volledige verslagen van de gesprekken worden bij het VZP-document gevoegd.

Aangezien het ontbreken van een lijst met behandelingsopties als een gemis werd ervaren werd dit geïntegreerd binnen de zorgdoelen. Hierbij bleven zorgdoel A en C ongewijzigd. Zorgdoel B werd uitgebreid met een lijst met behandelingsopties.

Ten slotte worden in het finale VZP-document naast de handtekeningen van bewoner, huisarts en vertegenwoordiger de handtekeningen van de aanwezige familieleden verzameld. Hierdoor geven zij aan akkoord te zijn met de inhoud van het VZP-document.

## 6.3. Algemeen besluit

De gevolgde werkwijze van een literatuurstudie, de opmaak van een voorstel tot VZP-beleid, het voorleggen aan focusgroepen en aanpassen van het VZP-beleid op basis van de feedback werd ervaren als een goede en succesvolle manier om tot een gedragen VZP-beleid te komen.

Bovendien bleek uit de focusgroepen dat alle deelnemers vragende partij zijn voor een beter beleid rond vroegtijdige zorgplanning, wat de implementatie van het beleid zal vergemakkelijken.

Een VZP-beleid enkel gebaseerd op literatuurstudie en opgelegd van hogerhand zonder overleg met degene die dit beleid dagdagelijks moeten uitvoeren heeft weinig kans tot slagen. Dit blijkt uit de talrijke bedenkingen en aanpassingen die werden gemaakt op basis van de feedback uit de focusgroepen. De focusgroepen vormden dan ook een goede methode om deze bezorgheden aan het licht te brengen en zo tot een bottom-up beleid te komen.

De volgende stap is het invoeren van het via deze masterproef bekomen VZP-beleid in het woon- en zorgcentrum. Eerst zal op basis van het vroegere team palliatieve zorgen een VZP-PZ team worden opgestart. Vanuit dit team zal op korte termijn het beleid in het rusthuis worden uitgerold. Dit houdt in het organiseren van een infovergadering voor alle betrokken zorgverleners en medewerkers van het WZC om de functie en werkwijze van VZP uit te leggen en hun signaalfunctie te benadrukken. Een rondzendbrief naar alle betrokken huisartsen zal worden opgesteld en verstuurd met uitleg rond de organisatie van de VZP in ons WZC. De nodige formulieren en brochures zullen verspreid worden in het WZC. In eerste instantie wordt het beleid uitgevoerd voor de nieuwe bewoners van het woon-en zorgcentrum. Dit wordt opgevolgd en geëvalueerd door het VZP-PZ team en zal in tweede instantie verder uitgebreid worden naar de reeds aanwezige bewoners.

# 7. Referenties


1. Lucassen PLBJ. Kwalitatief onderzoek; praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2007.
2. Cantor MD, Pearlman RA. Advance care planning in long-term care facilities. Journal of the American Medical Directors Association. 2004;5(2 Suppl):S72-80.
3. Van Mechelen W PR, Van den Eynde J. Vroegtijdige Zorgplanning - een richtlijn. Toegankelijk via wwwpallialinebe. 2014.
4. Detering KM, Hancock AD. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. Bmj. 2010;340:c1345.
5. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. Scandinavian journal of primary health care. 2013;31(4):215-26.
6. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. Brit J Gen Pract. 2013;63(615):E657-E68.
7. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. Bmj. 2013;347:f6064.
8. Tuckett AG. On paternalism, autonomy and best interests: telling the (competent) aged-care resident what they want to know. International journal of nursing practice. 2006;12(3):166-73.
9. Silvester W, Fullam RS, Parslow RA, Lewis VJ, Sjanta R, Jackson L, et al. Quality of advance care planning policy and practice in residential aged care facilities in Australia. BMJ supportive & palliative care. 2013;3(3):349-57.
10. Malcomson H, Bisbee S. Perspectives of healthy elders on advance care planning. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2009;21(1):18-23.
11. Stewart F, Goddard C, Schiff R, Hall S. Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. Age and ageing. 2011;40(3):330-5.
12. Song MK. Effects of end-of-life discussions on patients' affective outcomes. Nursing outlook. 2004;52(3):118-25.
13. Houben CH, Spruit MA, Groenen MT, Wouters EF, Janssen DJ. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Medical Directors Association. 2014;15(7):477-89.
14. Mann E, Goff SL, Colon-Cartagena W, Bellantonio S, Rothberg MB. Do-not-hospitalize orders for individuals with advanced dementia: healthcare proxies' perspectives. Journal of the American Geriatrics Society. 2013;61(9):1568-73.
15. Froggatt K, Vaughan S, Bernard C, Wild D. Advance care planning in care homes for older people: an English perspective. Palliative medicine. 2009;23(4):332-8.
16. Weiner JS, Cole SA. Three principles to improve clinician communication for advance care planning: overcoming emotional, cognitive, and skill barriers. Journal of palliative medicine. 2004;7(6):817-29.
17. In der Schmitten J, Rotharmel S, Mellert C, Rixen S, Hammes BJ, Briggs L, et al. A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. BMC health services research. 2011;11:14.
18. Gillick MR. Adapting advance medical planning for the nursing home. Journal of palliative medicine. 2004;7(2):357-61.
19. Caprio AJ, Rollins VP, Roberts E. Health care professionals' perceptions and use of the medical orders for scope of treatment (MOST) form in North Carolina nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association. 2012;13(2):162-8.
20. Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W. Advance care planning and hospital in the nursing home. Age and ageing. 2006;35(6):581-5.

21. Tilden VP, Nelson CA, Dunn PM, Donius M, Tolle SW. Nursing's perspective on improving communication about nursing home residents' preferences for medical treatments at end of life. Nursing outlook. 2000;48(3):109-15.
22. Wickson-Griffiths A, Kaasalainen S, Ploeg J, McAiney C. A review of advance care planning programs in long-term care homes: are they dementia friendly? Nursing research and practice. 2014;2014:875897.
23. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, Beyer F, Clark A, Hughes J, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. Age and ageing. 2012;41(2):263-9.
24. Vandervoort A, Houttekier D. Quality of dying in nursing home residents dying with dementia: does advanced care planning matter? A nationwide postmortem study. PloS One. 2014;10;9(3):e91130.
25. Silvester W, Parslow RA, Lewis VJ, Fullam RS, Sjanta R, Jackson L, et al. Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan. BMJ supportive & palliative care. 2013;3(2):188-95.
26. Raes A BH, werkgroep VZP Brugge, De lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning en woon- en zorgcentra. Ontwikkeling van het Brugse model. Huisarts Nu. 2010;39:275-80.
27. Raes A BH, De Lepeleir J. Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Eerste ervaringen met het Brugse model. Huisarts Nu. 2010;39:280-5.
28. Keirse M, Cosyns M. Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde. Beschikbaar via wwwdelaatstereisbe. 2015.

# 8. Bijlagen

## Bijlage 1. Toestemming ethisch comité

**GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL ( MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.**

In het plaatselijk rusthuis is er tot op heden geen beleid rond vroegtijdige zorgplanning. Van de meeste bewoners zijn de wensen omtrent het levenseinde niet bekend. Hierdoor komt men dikwijls in een moeilijke situatie wanneer een bewoner plots sterk achteruit gaat. Vaak moeten er dan in allerijl belangrijke beslissingen worden genomen door de bewoner of zijn familie, zonder dat men hierop voorbereid is. Ook voor de zorgverleners zijn dit vaak beladen en stresserende situaties. Aangezien mijn praktijkopleider als CRA verbonden is aan het rusthuis en ik er als HAIO zeer frequent aan de slag ben zijn ook wij reeds meermaals met deze problematiek geconfronteerd.

Vanuit het rusthuis is er vraag naar een veralgemeend beleid rond vroegtijdige zorgplanning. Deze gelegenheid grijp ik aan om, in het kader van mijn masterproef, te onderzoeken wat de praktische, organisatorische hindernissen en opportuniteiten zijn bij het implementeren van een vroegtijdig zorgplanningsbeleid in een woon- en zorgcentrum.

Eerst wordt een uitgebreide literatuurstudie verricht om tot een theoretisch model van vroegtijdige zorgplanning te komen. Vervolgens worden er op uitnodiging focusgroepen samengesteld. Het rusthuis heeft een aparte afdeling voor demente bejaarden. Dit zal een andere aanpak omtrent vroegtijdige zorgplanning vragen.Om die reden worden er aparte focusgroepgesprekken georganiseerd voor personeel betrokken in de zorg voor demente en niet-dementerende bejaarden.Hierbij wordt er telkens voor gezorgd dat de betrokken zorgverleners en directie vertegenwoordigd zijn.

In deze focusgroepen zal het theoretisch model worden voorgelegd en zal dit kritisch geëvalueerd worden: welke aspecten zijn haalbaar? Waar verwacht men problemen? Aan de hand van de input wordt het model aangepast aan de specifieke setting van het rusthuis.

De focusgroepgesprekken zullen worden opgenomen zodat de resultaten achteraf op een gestandaardiseerde manier anoniem kunnen verwerkt worden. De opnames zullen na afloop van het onderzoek bewaard worden door Prof. Myriam Deveugele (promotor) voor eventueel toekomstig onderzoek.

Een tweede reden voor de focusgroepen is om tot een bottom-up beleid te komen, dat breed gedragen wordt door de betrokkenen die het vervolgens in de praktijk zullen moeten omzetten, eerder dan een top-down model waarbij een bepaald beleid van hogeraf wordt opgelegd. Dit zou de slaagkansen voor implementatie moeten vergroten.

Eens er een breed gedragen, praktisch model ontwikkeld is zal dit in het rusthuis worden ingevoerd.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek*

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

**COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

**Voorzitter:**
Prof. Dr. D. Matthys
**Secretaris:**
Prof. Dr. K. Vandewoude

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2015/0423 | 07-mei-15 | Zie "CC" |

**BETREFT**

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwaliteitsverbeterend project: invoering van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum
(Manama Tom Verstraete)

**Belgisch Registratienummer: B670201524548**

* Antwoord onderzoekers ontv. via mail dd. 28/04/2015 op opmerkingen EC dd. 10/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 21/04/2015
* Informatiebrief zorgverlener (versie 2) dd. 21/04/2015
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 21/04/2015

**Advies werd gevraagd door:**
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**

**ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/04/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**

**A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/04/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015**

**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2015/0423 | 07-mei-15 | Zie "CC" |

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0423

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

**Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

## Bijlage 2. Methodologie literatuurstudie

| | **Richtlijnen en aanbevelingen** |
|---|---|
| Database | Belgian Healthcare Knowledge Centre(KCE)<br>Guideline Finder UK (NICE) |
| MESH termen | A. Advance care planning<br>B. Nursing home |
| Resultaten | KCE: (A) = 1<br>NICE: (A) AND (B) = 20 |
| Resultaten na selectiecriteria | KCE: (A) = 1<br>NICE: (A) AND (B) = 3 |
| Resultaten na analyse inhoud | 0 |

| | **Nederlandstalige richtlijnen en literatuur** |
|---|---|
| Database | Domus medica<br>NHG<br>Minerva<br>EBM practice net |
| Zoekterm | Vroegtijdige zorgplanning |
| Resultaten | Domus medica = 7<br>NHG = /<br>Minerva = 1<br>EBM practice net = / |
| Resultaten na selectiecriteria | Domus medica = 3<br>Minerva = 0 |
| Resultaten na analyse inhoud | Domus medica = 3 |
| Artikels nr. | 3, 26, 27 |

| | **Meta-analyses en systematic reviews Cochrane library** |
|---|---|
| MESH term | Advance care planning |
| Resultaten | Cochrane library: 10 |
| Resultaten na selectiecriteria | Cochrane library: 5 |
| Resultaten na analyse inhoud | Cochrane library: 3 |
| Artikels nr. | 12, 13, 23 |
| | **Meta-analyses en systematic reviews Pubmed** |
| MESH term | Meta-analyse:<br>Advance care planning (MESH Major Topic)<br>Review:<br>Advance care planning (MESH Major Topic)<br>AND Advance care planning (Title) |
| Resultaten | Meta-analyse: 4<br>Review: 43 |
| Resultaten na selectiecriteria | Meta-analyse: 1<br>Review: 10 |
| Resultaten na analyse inhoud | Meta-analyse: 0<br>Review: 5 |
| Artikels nr. | 2, 5, 6, 16, 23 |

| | **Primaire studies** |
|---|---|
| Database | Pubmed |
| MESH termen | A. Advance care planning (MESH Major Topic)<br>B. Advance directive (MESH Major Topic)<br>C. Nursing home<br>D. Homes for the aged<br>E. Qualitative research |
| Resultaten | (A OR B) AND (C OR D) = 113<br>(A) AND (E) = 78 |
| Resultaten na selectiecriteria | (A OR B) AND (C OR D) = 31<br>(A) AND (E) = 10 |
| Resultaten na analyse inhoud | (A OR B) AND (C OR D) = 6<br>(A) AND (E) = 5 |
| Artikels nr. | 2, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 23 |

| | **Via referentielijsten** |
|---|---|
| Artikelsweerhouden | 11 |
| Artikels weerhouden na analyse inhoud | 8 |
| Artikels nr. | 7, 9,18, 25, 21, 22, 4 |

## Bijlage 3. Uitnodiging focusgroepen

Geachte collega zorgverlener,

Op dit moment is er geen algemeen beleid rond vroegtijdige zorgplanning in het woon- en zorgcentrum St. Vincentius. De voorkeuren omtrent het levenseinde van de bewoners zijn meestal niet gekend. Hierdoor komt men dikwijls in een moeilijke situatie wanneer een bewoner plots sterk achteruit gaat. Vaak moeten er dan in allerijl belangrijke beslissingen worden genomen door de bewoner of zijn familie, zonder dat men hierop voorbereid is. Ook voor de zorgverleners zijn dit vaak beladen en stresserende situaties.

Een algemeen beleid rond vroegtijdige zorgplanning kan hierop een antwoord bieden.

In het kader van mijn opleiding tot huisarts maak ik een masterproef met als onderwerp: 'Kwaliteit verbeterend project: invoering van vroegtijdige zorgplanning in een woon- en zorgcentrum'. Hierbij wordt een theoretisch model rond vroegtijdige zorgplanning, beschreven in de literatuur, aan jullie voorgelegd om na te gaan wat jullie haalbaar vinden en waar jullie problemen verwachten. Op deze manier kan het theoretisch model vertaald worden naar een praktisch model, specifiek gericht op de setting van het woon- en zorgcentrum St. Vincentius. De bedoeling is van zo tot een breed gedragen beleid rond vroegtijdige zorgplanning te komen waar iedereen zich in kan vinden, wat een vlotte implementatie ten goede zou komen.

Graag nodig ik u uit om deel te nemen aan een focusgroep. Dit is een gestructureerde discussie waarbij een kleine groep personen zich buigt over een bepaald onderwerp (in dit geval vroegtijdige zorgplanning).

Dit zal doorgaan op **11 december 2015** om **14u00** in het zaaltje 'ten kouter' in het RVT te Aaigem en zal ongeveer 1 uur in beslag nemen.

In grote lijnen zullen volgende topics aan bod komen:

- Voorstelling van een algemeen theoretisch model
- Bespreking van goede en minder goede punten van dit model
- Hindernissen bij invoering in St. Vincentius woon- en zorgcentrum
- Opstellen van een praktisch implementeerbaar model

Mag ik u vragen het bijgevoegd voorstel rond vroegtijdige zorgplanning op voorhand reeds door te nemen. Op deze manier kan de inhoudelijke bespreking van het model, na een korte voorstelling, vlot van start gaan.

Deze discussie wordt opgenomen, zodat de resultaten achteraf op een gestandaardiseerde manier anoniem kunnen verwerkt worden. In bijlage vindt u een informed consent.

Indien u verdere vragen heeft kan u me steeds contacteren via onderstaande gegevens.

Tom Verstraete
Huisarts-in-opleiding bij Dr. Baekelandt
0494/ 98 29 63
tdverstraete@gmail.com

## Informed Consent

Ik ondergetekende, ....., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek van de faculteit Geneeskunde, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent:

(1) de informatiebrief heb gelezen. Die geeft uitleg over de aard van de vragen die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(5) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening van participant: ……

## Bijlage 4. Voorstel VZP-beleid en gesprekssjablonen

### Voorstel tot vroegtijdig zorgplanning (VZP) beleid

VZP-verantwoordelijke: mevrouw Gwenda Cornelis.

- 1 persoon voor hele rusthuis.
- Voert de gesprekken met bewoner en familie in samenwerking met de huisarts.
- Aanspreekpunt voor andere hulpverleners in verband met VZP.
- Tussenpersoon met betrokken huisarts.

1. Nieuwe bewoners krijgen bij onthaal de brochure 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken...' afkomstig van www.delaatstereis.be samen met een korte brochure over hoe de VZP praktisch in ons rusthuis is geregeld. Bij de bewoners die reeds verblijven in het rusthuis valt de afgifte van de brochure samen met het eerste bezoek van de VZP-verantwoordelijke.

2. De VZP-verantwoordelijke neemt contact op met de huisarts van de nieuwe bewoner en nodigt hem/haar uit om deel te nemen aan het VZP-proces. Bij dit contact wordt beslist wie de vroegtijdige zorgplanningsgesprekken zal voeren: de huisarts, de VZP-verantwoordelijke of beiden samen. Indien de huisarts het VZP-proces overlaat aan de VZP-verantwoordelijke wordt hem/haar meegedeeld dat na afloop van het opstellen van het VZP-document dit door de huisarts dient ondertekend te worden.

Indien de huisarts graag meewerkt aan de VZP worden concrete afspraken gemaakt over de timing van het eerste en tweede VZP-gesprek.

3. Binnen de maand krijgt de bewoner bezoek van de VZP-verantwoordelijke en/of de huisarts. Tijdens dit gesprek wordt gepeild naar de waarden en opvattingen van de patiënt omtrent het levenseinde alsook naar de rol van familie/ vertegenwoordiger.

4. Vervolgbezoek (binnen de 3 maand na opname) met opstellen documenten door VZP-verantwoordelijke en/of huisarts. Tenzij de patiënt dit anders wenst gebeurt dit in aanwezigheid van familie/vertegenwoordiger. Het VZP-document wordt ondertekend door patiënt, vertegenwoordiger en huisarts. Indien de huisarts niet aanwezig is wordt hem/haar gevraagd het VZP-document te ondertekenen bij zijn eerste bezoek aan de patiënt. De verpleegster die de dokter ontvangt draagt hier de verantwoordelijkheid voor.

5. VZP-document wordt bewaard in het medisch dossier (geel mapje, vooraan).

6. Het VZP-document wordt vergezeld van een signaalblad VZP. Iedereen (verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, onderhoudspersoneel...) die in contact komt met de bewoner en die iets opvangt omtrent vroegtijdige zorgplanning kan dit hierin kwijt. Praktisch gezien zullen opmerkingen door bv. het kuispersoneel via een verpleegkundige op dit signaalblad terecht komen aangezien niet iedereen gemachtigd is het medisch dossier te raadplegen.Bij opname in ziekenhuis: kopie VZP-document gaat standaard mee met medicatiefiche, identiteitskaart en verwijsbrief.

7. Revaluatie van VZP bij het jaarlijks patiënten overleg. Indien HA afwezig en/of nood aan wijziging volgens betrokken hulpverleners: VZP-verantwoordelijke contacteert betrokken HA. Ook een plotse wijziging van de gezondheidstoestand kan aanleiding zijn voor een vervroegd herbekijken van de vroegtijdige zorgplanning. VZP-verantwoordelijke en/of huisarts dragen de verantwoordelijkheid om dit dan in gang te zetten. De verpleging of andere hulpverleners hebben hierbij een belangrijke signaalfunctie.

**VZP-beleid bij wilsonbekwame personen**

Bij wilsonbekwame personen (bijv. dementie) wordt grotendeels dezelfde procedure gevolgd. Elke bewoner wordt wilsbekwaam geacht, tenzij anders bevonden wordt door de verantwoordelijke huisarts. Bewoner en familie ontvangen de brochure bij intrek in het rusthuis. Binnen de maand wordt de familie (of de aangeduide vertegenwoordiger) gecontacteerd om in bijzijn van de bewoner een eerste gesprek te voeren. Dit gebeurt door de huisarts, door de VZP-verantwoordelijke of door beiden. De bewoner wordt hierbij maximaal betrokken, waarbij het uitgangspunt is dat de wilsonbekwame bewoner toch kan deelnemen aan bepaalde aspecten van de vroegtijdige zorgplanning. Indien mogelijk wordt meteen een VZP-document ingevuld. Indien de familie hier nog niet klaar voor is, wordt een tweede gesprek afgesproken.

**Gesprekssjablonen VZP-gesprekken voor bewoners die hun wil kunnen uiten:**

a. Onthaal

- Informeren over zorgvisie WZC.
- Info-folder VZP meegeven.
- Info-blad meegeven over hoe VZP concreet in het WZC wordt georganiseerd.
- 'Eerste gesprek' reeds vermelden. Aangeven dat de betrokken HA zal gecontacteerd worden in verband met vroegtijdige zorgplanning.

b. Eerste gesprek: evalueren toekomstverwachtingen van de bewoner, van zijn visie op het levenseinde en van de visie van de familie.

- Nagaan van de opvattingen over diagnose, ziekteverloop en prognose.
- Nagaan van de opvattingen over ziek zijn en afhankelijkheid.
- Nagaan van lijdensdruk, definiëren van elementen die aan de basis liggen.
- Opsporen van misvattingen, vooroordelen, onjuiste of onvolledige informatie.
- Informeren en bijsturen over diagnose, ziekteverloop, prognose.
- Beschrijven van mogelijkheden van zorg en medische behandeling, schetsen voor- en nadelen.
- Peilen of er vragen zijn rond euthanasie. Indien nodig aangeven dat euthanasie in dit rusthuis mogelijk is.
- Nagaan of er reeds vooraf bestaande zorgafspraken zijn.
- Nagaan van visie op levenseinde, sterven.
- Identificeren van waarden, voorkeuren, zingeving.
- Nagaan van bezorgdheden van de bewoner tegenover zijn naasten en die van zijn naasten tegenover hem/haar.
- Nagaan van verwachtingen voor de toekomst bij bewoner en zijn naasten.
- Nagaan van verwachtingen tegenover de arts en de verzorgenden.

c. Tweede gesprek: vervolgbezoek met opstellen VZP-documenten.

- Faciliteren van een open gesprek over levensdoelen.
- Gidsen in het begrijpen van de verschillende medische- en zorgopties.
- Bespreken van voor- en nadelen van een aantal medische interventies.
- Schetsen van mogelijke medische beslissingen bij het levenseinde.
- Beschrijven wat palliatieve zorg inhoudt.
- Aanreiken van adviezen voor adequate medische behandeling en zorg.
- Nagaan van gewenste/ ongewenste medische zorg.
- Bespreken van mogelijkheid van aanduiden vertegenwoordiger.
- Belangrijkste waarden en opvattingen noteren op VZP-document.
- Hetgeen besproken werd concretiseren naar een VZP-code en deze noteren op het VZP-document.
- Handtekenen van het VZP-document door huisarts (eventueel achteraf), bewoner en vertegenwoordiger.

**Gesprekssjabloon voor bespreking van VZP met familie van bewoner die zijn wil niet meer kan uiten.**

a. Onthaal

- Informeren over zorgvisie WZC.
- Info-folder VZP meegeven.
- Info-blad meegeven over hoe VZP concreet in het WZC wordt georganiseerd.
- Reeds aangeven dat men in de nabije toekomst de familie zal contacteren voor een VZP-gesprek. Aangeven dan men de huisarts zal contacteren in verband met de VZP.

b. Gesprek

1. Context

- Zoek een rustige ruimte waar iedereen kan zitten.
- Maak contact met alle aanwezigen. Stel je voor, laat iedereen zich voorstellen. Hoe is ieders relatie met de bewoner?
- Ga na of er strategische figuren aanwezig zijn. Probeer de meest nabijen centraal te plaatsen.
- Als een vertegenwoordiger aanwezig is, of als er reeds een wilsbeschikking bestaat, dienen deze als leidraad. Als deze er niet zijn, ga na wie de wettelijke vertegenwoordiger is.
- Leg uit wat het doel is van het overleg.
- Verken hoe ieder de huidige situatie van de bewoner bekijkt, beleeft, welke verwachtingen men heeft.

2. Bewoner

- Betrek de bewoner zoveel mogelijk bij het gesprek. Voel aan in welke mate dit mogelijk is.
- Zoek naar waarden van de bewoner, zowel in zijn woorden als in zijn gedrag.
- Luister naar het levensverhaal, naar vroegere uitspraken.
- Geef u professionele observatie mee, uw mening en interpretatie over woorden en gedrag van de bewoner.
- Toets deze aan de interpretatie van de familie, verhelder eventuele verschillen.

3. Zorgafspraken

- Ga na of de familie een correct beeld heeft van de gezondheidstoestand en prognose van de bewoner.
- Neem voldoende tijd voor emotionele ondersteuning.
- Maak duidelijk dat het doel is te zoeken naar wat de beslissing van de bewoner zou geweest zijn moest hij/zij daar nog toe in staat zijn geweest.
- Maak duidelijk dat 'willen overleven' en 'een comfortabel levenseinde' gelijkwaardige alternatieven zijn: met is niet verplicht alle mogelijke medische behandelingen uit te voeren om in leven te blijven. Kiezen voor een comfortabel levenseinde kan even goed.
- Leg uit dat deze fundamentele keuze de zorg bepaalt.
- Bespreek de positieve en negatieve aspecten van de nog te overwegen medische behandelingen: hospitalisatie, eventuele invasie interventies (reanimatie, beademing, hemodialyse, opname intensieve zorgen), kunstmatige voeding- en vochttoediening, antibiotica.
- Bespreek welke invasieve medische interventies geen optie meer zijn en waarom.
- Probeer tot een concreet VZP-document te komen, met beschrijving opvattingen en waarden en een VZP-code.

4. Timing

- Voel aan of de hele vroegtijdige zorgplanning kan besproken en geconcretiseerd worden in 1 contactmoment.
- Als dit niet het geval is: geef de familie wat meer tijd om na te denken of te overleggen en spreek een tweede contactmoment af.

Cascade vertegenwoordiger:

1. Samenwonende echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.
2. Meerderjarig kind.
3. Een ouder.
4. Meerderjarige broer of zus.

**Bijlage 5. Voorstel VZP-document en signaalblad**

## Vroegtijdige zorgplanning RVT Sint-Vincentius Aaigem

Te bewaren vooraan in medisch dossier

| Bewoner | Vertegenwoordiger | Huisarts |
|---|---|---|
| Naam:<br><br>Kamernr:<br><br>Geboortedatum: | Naam:<br><br>Adres:<br><br>Tel. Nummer: | Stempel: |

**Persoonlijke waarden en opvattingen:** *Ik wil dat altijd rekening wordt gehouden met volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwing die voor mij belangrijk zijn:*

**Zorgdoelen**

☐ Code A: Alles doen: Maximale zorg in RVT en in ziekenhuis. Reanimatie.

☐ Code B: Behoud functies: Geen reanimatie, geen intensieve zorg, geen hemodialyse. Parenterale voedig/ vocht in functie van de prognose.

☐ Beperkte ziekenhuisopname mogelijk. Maximale zorg RVT.

☐ In principe geen ziekenhuisopname. Maximale zorg RVT.

Opmerkingen:

☐ Code C: Comfortzorg: Palliatieve zorg RVT. In principe geen ziekenhuisopname, tenzij nodig voor comfortzorg. Medicatie enkel in functie van comfort. Geen parenterale voeding/vocht.

| Doelstelling | | Behandeling | Onderzoek | Verpleging | Kine | Ergo | Voeding |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| B | ZKH | Min. belasting | Hospitalisatie | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| | RVT | Min. belasting | Ambulant | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| C | | Palliatief | Palliatief | Comfort | Comfort | Comfort | Comfort |

Handtekening bewoner Handtekening vertegenwoordiger Handtekening huisarts

Datum:

# Mijn wettelijk vertegenwoordiger

**Aanwijzing**

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

Naam en Voornaam: .....

Adres: .....

.....

Telefoonnummer: .....

Rijksregisternummer: .....

Opgemaakt te ..... op .....

Mijn handtekening

**Aanvaarding**

Ondergetekende ..... aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen ..... (*naam en voornaam bewoner*) vertegenwoordigen in de uitoefening van zijn/haar rechten als patiënt.

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening

# Signaalblad VZP

Naam bewoner: Kamernummer:

| Datum | Naam en functie | Inhoud |
|---|---|---|
| | | |

## Bijlage 6. Finaal VZP-beleid en gesprekssjablonen

### VZP-beleid na focusgroepsgesprekken

Opstarten van team vroegtijdige zorgplanning - palliatieve zorgen (VZP-PZ team)

- Bestaat uit sociaal verantwoordelijke en campus coördinator, CRA, kiné, ergo, verpleging.
- Komen 1x per maand samen.
- Binnen dit team wordt een persoon aangeduid om de gesprekken te voeren met de bewoner.
- De sociaal verantwoordelijke en campus coördinator is de coördinator van dit team.

In eerste instantie richt het beleid zich op nieuwe bewoners. Wanneer dit vlot verloopt kan het beleid in tweede instantie uitgebreid worden naar alle bewoners.

1. Nieuwe bewoners krijgen bij onthaal een brochure over vroegtijdige zorgplanning en hoe dit in het rusthuis in zijn werk gaat.

2. De sociaal verantwoordelijke en campus coördinator stuurt een algemene brief naar de huisarts van de bewoner waarin uitgelegd wordt hoe VZP in dit rusthuis wordt aangepakt. De huisarts wordt uitgenodigd hier een meer actieve rol in te spelen. Indien de huisarts dit wenst, kan hij contact opnemen om dit verder te organiseren.

3. Binnen de maand krijgt de bewoner bezoek van iemand van het VZP-team. Indien de eigen huisarts een meer actieve rol wil spelen kan ook hij dit gesprek voeren of bijwonen. Tijdens dit gesprek wordt gepeild naar de waarden en opvattingen van de patiënt omtrent het levenseinde alsook naar de rol van familie en vertegenwoordiger. De afnemer van het gesprek maakt een verslag van wat er in het gesprek gezegd is.

4. Vervolgbezoek (binnen de 3 maand na opname) met verder bespreken en opstellen documenten door lid van het VZP-team. Naast het VZP-document wordt een verslag gemaakt van wat er in het gesprek aan bod gekomen is. Indien de eigen huisarts een meer actieve rol wil spelen kan ook hij dit gesprek voeren of bijwonen. Tenzij de patiënt dit anders wenst gebeurt dit in aanwezigheid van familie/vertegenwoordiger. Het VZP-document wordt ondertekend door patiënt, vertegenwoordiger, aanwezige familie en huisarts. Indien de huisarts niet aanwezig is wordt hem/haar gevraagd het VZP-document te ondertekenen bij zijn eerste bezoek aan de patiënt. De verpleegkundige die de dokter ontvangt draagt hier de verantwoordelijkheid voor.

5. VZP-document wordt bewaard in het medisch dossier (geel mapje, vooraan) en wordt geüpload in het hospitalisatiedossier. Er wordt gewerkt met een kleurencode: groen voor code A, oranje voor code B, rood voor code C. Een kleurensticker wordt op het medisch dossier gekleefd.

6. Iedereen die in contact komt met de bewoner heeft een belangrijke signaalfunctie: verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, onderhoudspersoneel. Wanneer iets opgevangen wordt dat te maken heeft met vroegtijdige zorgplanning wordt dit opgeschreven in het verpleegdossier. Deze opmerkingen worden dan meegenomen naar het maandelijkse VZP-PZ overleg.

Bij opname in het ziekenhuis: VZP-document wordt mee afgedrukt met het hospitalisatiedossier en gaat standaard mee met medicatiefiche, identiteitskaart en verwijsbrief.

7. Voor elke bewoner wordt de VZP jaarlijks gerevalueerd. Indien er signalen zijn dat er sneller nood is aan wijziging van het VZP-beleid voor een bepaalde bewoner kan dit besproken worden op het maandelijks VZP-PZ overleg, of sneller indien de situatie dit vereist. De coördinator van het VZP-PZ team draagt de verantwoordelijkheid dit in gang te zetten en neemt contact op met de betrokken huisarts.

**VZP-beleid bij wilsonbekwame personen**

Bij wilsonbekwame personen (bijv. dementie) wordt grotendeels dezelfde procedure gevolgd. Elke bewoner wordt wilsbekwaam geacht, tenzij anders bevonden wordt door de verantwoordelijke huisarts. Bewoner en familie ontvangen een brochure bij intrek in het rusthuis. Binnen de maand wordt de familie (en/of de aangeduide vertegenwoordiger) gecontacteerd om in bijzijn van de bewoner een eerste gesprek te voeren. Dit gebeurt door een persoon aangesteld binnen het VZP-PZ team. Indien de eigen huisarts een meer actieve rol wil spelen kan ook hij dit gesprek voeren of bijwonen. De bewoner wordt hierbij maximaal betrokken, waarbij het uitgangspunt is dat de wilsonbekwame bewoner toch kan deelnemen aan bepaalde aspecten van de vroegtijdige zorgplanning. Indien mogelijk wordt meteen een VZP-document ingevuld. Indien de familie hier nog niet klaar voor is, wordt een tweede gesprek afgesproken. Het VZP-document wordt getekend door de vertegenwoordiger, de aanwezige familie, en de huisarts. Indien de huisarts niet aanwezig is wordt hem/haar gevraagd het VZP-document te ondertekenen bij zijn eerste bezoek aan de patiënt. De verpleegkundige die de dokter ontvangt draagt hier de verantwoordelijkheid voor.

**Gesprekssjablonen VZP-gesprekken voor bewoners die hun wil kunnen uiten:**

a. Onthaal

- Informeren over zorgvisie WZC.
- Info-folder VZP meegeven.
- Info-blad meegeven over hoe VZP concreet in het WZC wordt georganiseerd.
- 'Eerste gesprek' reeds vermelden. Aangeven dat de betrokken HA zal gecontacteerd worden in verband met vroegtijdige zorgplanning.

b. Eerste gesprek: evalueren toekomstverwachtingen van de bewoner, van zijn visie op het levenseinde en van de visie van de familie.

- Nagaan van de opvattingen over diagnose, ziekteverloop en prognose.
- Nagaan van de opvattingen over ziek zijn en afhankelijkheid.
- Nagaan van lijdensdruk, definiëren van elementen die aan de basis liggen.
- Opsporen van misvattingen, vooroordelen, onjuiste of onvolledige informatie.
- Informeren en bijsturen over diagnose, ziekteverloop, prognose.
- Beschrijven van mogelijkheden van zorg en medische behandeling, schetsen voor- en nadelen.
- Nagaan of er reeds vooraf bestaande zorgafspraken zijn.
- Nagaan of er reeds een vertegenwoordiger is aangeduid. Indien niet uitleggen wat het belang hiervan is.
- Nagaan van visie op levenseinde, sterven.
- Identificeren van waarden, voorkeuren, zingeving.

- Nagaan van bezorgdheden van de bewoner tegenover zijn naasten en die van zijn naasten tegenover hem/haar.
- Nagaan van verwachtingen voor de toekomst bij bewoner en zijn naasten.
- Nagaan van verwachtingen tegenover de arts en de verzorgenden.

c. Tweede gesprek: vervolgbezoek met opstellen VZP-documenten.

- Faciliteren van een open gesprek over levensdoelen.
- Gidsen in het begrijpen van de verschillende medische- en zorgopties.
- Bespreken van voor- en nadelen van een aantal medische interventies.
- Schetsen van mogelijke medische beslissingen bij het levenseinde.
- Beschrijven wat palliatieve zorg inhoudt.
- Aanreiken van adviezen voor adequate medische behandeling en zorg.
- Nagaan van gewenste/ ongewenste medische zorg.
- Bespreken van mogelijkheid van aanduiden vertegenwoordiger.
- Belangrijkste waarden en opvattingen noteren op VZP-document.
- Hetgeen besproken werd concretiseren naar een VZP-code en deze noteren op het VZP-document.
- Handtekenen van het VZP-document door huisarts (eventueel achteraf), bewoner en vertegenwoordiger.

**Gesprekssjabloon voor bespreking van VZP met familie van bewoner die zijn wil niet meer kan uiten.**

a. Onthaal

- Informeren over zorgvisie WZC.
- Info-folder VZP meegeven.
- Info-blad meegeven over hoe VZP concreet in het WZC wordt georganiseerd.
- Reeds aangeven dat men in de nabije toekomst de familie zal contacteren voor een VZP-gesprek. Aangeven dan men de huisarts zal contacteren in verband met de VZP.

b. Gesprek

1. Context

- Zoek een rustige ruimte waar iedereen kan zitten.
- Maak contact met alle aanwezigen. Stel je voor, laat iedereen zich voorstellen. Hoe is ieders relatie met de bewoner?
- Ga na of er strategische figuren aanwezig zijn. Probeer de meest nabijen centraal te plaatsen.
- Als een vertegenwoordiger aanwezig is, of als er reeds een wilsbeschikking bestaat, dienen deze als leidraad. Als deze er niet zijn, ga na wie de wettelijke vertegenwoordiger is.
- Leg uit wat het doel is van het overleg.
- Verken hoe ieder de huidige situatie van de bewoner bekijkt, beleeft, welke verwachtingen men heeft.

2. Bewoner

- Betrek de bewoner zoveel mogelijk bij het gesprek. Voel aan in welke mate dit mogelijk is.
- Zoek naar waarden van de bewoner, zowel in zijn woorden als in zijn gedrag.
- Luister naar het levensverhaal, naar vroegere uitspraken.
- Geef u professionele observatie mee, uw mening en interpretatie over woorden en gedrag van de bewoner.
- Toets deze aan de interpretatie van de familie, verhelder eventuele verschillen.

3. Zorgafspraken

- Ga na of de familie een correct beeld heeft van de gezondheidstoestand en prognose van de bewoner.
- Neem voldoende tijd voor emotionele ondersteuning.
- Maak duidelijk dat het doel is te zoeken naar wat de beslissing van de bewoner zou geweest zijn moest hij/zij daar nog toe in staat zijn geweest.
- Maak duidelijk dat 'willen overleven' en 'een comfortabel levenseinde' gelijkwaardige alternatieven zijn: met is niet verplicht alle mogelijke medische behandelingen uit te voeren om in leven te blijven. Kiezen voor een comfortabel levenseinde kan even goed.
- Leg uit dat deze fundamentele keuze de zorg bepaalt.
- Bespreek de positieve en negatieve aspecten van de nog te overwegen medische behandelingen: hospitalisatie, eventuele invasie interventies (reanimatie, beademing, hemodialyse, opname intensieve zorgen), kunstmatige voeding- en vochttoediening, antibiotica.
- Bespreek welke invasieve medische interventies geen optie meer zijn en waarom.
- Probeer tot een concreet VZP-document te komen, met beschrijving opvattingen en waarden en een VZP-code.

4. Timing

- Voel aan of de hele vroegtijdige zorgplanning kan besproken en geconcretiseerd worden in 1 contactmoment.
- Als dit niet het geval is: geef de familie wat meer tijd om na te denken of te overleggen en spreek een tweede contactmoment af.

Cascade vertegenwoordiger:

5. Samenwonende echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.
6. Meerderjarig kind.
7. Een ouder.
8. Meerderjarige broer of zus.

## Bijlage 7. Finaal VZP-document

### Vroegtijdige zorgplanning RVT Sint-Vincentius Aaigem

Te bewaren vooraan in medisch dossier

| Bewoner | Vertegenwoordiger | Huisarts |
|---|---|---|
| Naam:<br><br>Kamernr:<br><br>Geboortedatum: | Naam:<br><br>Adres:<br><br>Tel. Nummer: | Stempel: |

**Zorgdoelen**

☐ Code A = groen: Alles doen: Maximale zorg in RVT en in ziekenhuis. Reanimatie.

☐ Code B = oranje: Behoud functies:

☐ Beperkte ziekenhuisopname mogelijk.

☐ In principe geen ziekenhuisopname.

| | Ja | Nee | Opmerkingen |
|---|---|---|---|
| Reanimatie | | | |
| Diagnostisch onderzoek ambulant | | | |
| Toedienen antibiotica | | | |
| Toedienen medicatie PO | | | |
| Sondevoeding | | | |
| Toedienen vocht SC | | | |
| Ziekenhuisopname: | | | |
| • Achteruitgang algemene toestand | | | |
| • Diagnostisch onderzoek | | | |
| • Chirurgie | | | |
| • Hemodialye | | | |
| • Chemo | | | |

☐ Code C: Comfortzorg = rood: Palliatieve zorg RVT. In principe geen ziekenhuisopname, tenzij nodig voor comfortzorg. Medicatie enkel in functie van comfort. Geen parenterale voeding/vocht.

| Doelstelling | | Behandeling | Onderzoek | Verpleging | Kine | Ergo | Voeding |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| B | ZKH | Min. belasting | Hospitalisatie | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| | RVT | Min. belasting | Ambulant | Voluit | Voluit | Voluit | Voluit |
| C | | Palliatief | Palliatief | Comfort | Comfort | Comfort | Comfort |

**Persoonlijke waarden en opvattingen:** *Synthese van wat gezegd is tijdens de VZP-gesprekken.*

Deze visie werd besproken met:

| | Handtekening |
|---|---|
| Naam:<br><br>Verwantschap: | |
| Naam:<br><br>Verwantschap: | |
| Naam:<br><br>Verwantschap: | |

Handtekening bewoner Handtekening vertegenwoordiger Handtekening huisarts

Datum:

# Mijn wettelijk vertegenwoordiger

**Aanwijzing**

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

Naam en Voornaam: .....

Adres: .....

.....

Telefoonnummer: .....

Rijksregisternummer: .....

Opgemaakt te ..... op .....

Mijn handtekening

**Aanvaarding**

Ondergetekende ..... aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen ..... (*naam en voornaam bewoner*) vertegenwoordigen in de uitoefening van zijn/haar rechten als patiënt.

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening