



**Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra:  
inhoud en communicatie van het beleid in Oost-  
Vlaanderen**

Dr Wim Strubbe, KU Leuven

Promotor: Prof Dr Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Dr Eva Bequé, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Inhoudsopgave

Dankwoord.....	3
Toelichting.....	4
Abstract.....	5
<b>Deel 1: Literatuuronderzoek.....</b>	<b>6</b>
I.    Inleiding.....	7
II.   Methode.....	10
III.  Resultaten.....	10
IV.  Discussie.....	19
V.    Besluit.....	24
<b>Deel 2: Praktijkproject.....</b>	<b>25</b>
I.    Inleiding.....	26
II.   Methode.....	27
III.  Resultaten.....	30
IV.  Discussie.....	52
V.    Mate van representativiteit.....	60
VI.   Besluit.....	61
VII.  Referenties.....	62
VIII. Bijlagen.....	68
Vragenlijst.....	80

## Dankwoord

Een masterproef schrijven doet men niet alleen. Ik zou graag enkele personen willen bedanken die mij erg geholpen hebben bij het schrijven van deze masterproef.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof Dr Jan De Lepeleire (KULeuven) bedanken voor zijn kritische opmerkingen, vragen en motiverende woorden. Ook bedank ik mijn co-promotor Dr Eva Bequé (UGent) voor de interesse voor het onderwerp en het nalezen van de voorlopige versies met de nodige opmerkingen.

Een woord van dank is op zijn plaats voor mijn ouders en broer Simon. Zij gaven mij de mogelijkheid de studies geneeskunde aan te vatten en hebben mij onvoorwaardelijk gesteund tijdens mijn 9 jaren opleiding.

‘Last but not least’ wens ik mijn vriendin Loes te bedanken voor de eindeloze steun en het positivisme bij het schrijven van deze masterproef.

# Toelichting

Hier wil ik even stilstaan bij de keuze van het onderwerp van deze masterproef. Er zijn verschillende redenen die me bij dit onderwerp hebben gebracht.

Als huisarts-in-opleiding kom je in contact met alle facetten van de geneeskunde, alle lagen van de bevolking en elke levensfase van de mens. Van consultaties bij Kind & Gezin tot het bezoeken van bejaarden in woonzorgcentra. Als jonge arts kom je ook in contact met het naderende levenseinde. Er waren lessen over palliatieve zorgen tijdens de opleiding aan de universiteit. Het levenseinde van nabij meemaken in het echte leven is net iets anders. In de praktijk kwam ik in aanraking met patiënten met een palliatief dossier. Telkens viel mij op dat dit een zeer moeilijk en beladen onderwerp was. Mijn interesse was meteen gewekt. Ik begon mij verder te interesseren in de wetgeving in België rond woonzorgcentra en palliatieve zorgen en voor beleidsvoering binnen woonzorgcentra. De manier waarop vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra aangepakt wordt leek mij een boeiend onderwerp voor een masterproef.

Ten tweede wou ik het onderwerp zo breed mogelijk houden en koos ik ervoor de zeer algemene en allesomvattende term 'vroegtijdige zorgplanning' te onderzoeken. Hieronder vallen alle beslissingen rond het levenseinde en moet men zich vragen stellen als: "Hoe ziet een persoon zijn eigen levenseinde?" en "Wat kunnen we doen om de wensen van deze persoon omtrent het levenseinde in te willigen zodat we kunnen spreken van 'menswaardig sterven'?" Ten derde wou ik graag een onderzoek uitvoeren in woonzorgcentra. Mijn praktijkopleider is coördinerend en raadgevend arts in een woonzorgcentrum in Oost-Vlaanderen en inspireerde mij op deze manier.

Daarnaast wou ik graag onderzoeken hoe de communicatie is tussen woonzorgcentrum en zorgverlener, bewoner en familie. Slechts met adequate communicatie kunnen misverstanden en problemen omtrent het levenseinde vermeden worden.

Communicatie met de huisarts is ook essentieel omdat deze zorgverlener instaat voor de dagelijkse medische zorgen en zeer dicht bij zijn patiënt(e) staat. De huisarts kent zijn patiënt(e) het best en speelt derhalve een belangrijke rol, ook in het laatste deel van hun leven.

# Abstract

## Achtergrond

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een dynamisch communicatieproces tussen hulpverleners, de patiënt en zijn familie. Dit concept krijgt de laatste tijd meer aandacht. De vergrijzing van de bevolking en de toenemende aandacht voor het levenseinde werken dit in de hand. Er zijn geen richtlijnen voor het beleid voor vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. Ieder woonzorgcentrum zoekt hierin zijn eigen weg.

## Doel

Deze studie heeft tot doel te onderzoeken hoever woonzorgcentra reeds staan met een beleid voor vroegtijdige zorgplanning. Daarnaast onderzoekt deze studie hoe dit beleid gecommuniceerd wordt naar de huisarts, het personeel, de bewoner en zijn familie.

## Methode en resultaten

In een eerste deel werd een literatuurstudie gedaan. Er werd onderzocht in welke mate in Vlaanderen een beleid voor vroegtijdige zorgplanning aanwezig was. Daarnaast werd onderzocht hoe dit beleid gecommuniceerd werd naar de huisarts, het personeel, de bewoner en zijn familie.

In een tweede deel werd een praktijkproject opgesteld. Er werd een vragenlijst gemaakt en opgestuurd naar 193 woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen. Er werden vragen gesteld over het beleid voor vroegtijdige zorgplanning in deze woonzorgcentra. De resultaten van de vragenlijst werden getoetst aan 2 recente richtlijnen met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning. De responsratio van de studie bedraagt 50%.

## Besluit

Er is een sterke heterogeniteit in het beleid voor VZP tussen de verschillende woonzorgcentra. In ieder deelaspect van het beleid komt deze heterogeniteit naar voor. Het ontwikkelen van richtlijnen rond het opstellen van een beleid rond vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra is een must om uniformiteit te verkrijgen. Het onderzoek toont ook aan dat de huisartsen vaak zeer weinig geïnformeerd en betrokken worden. De CRA heeft een goede positie om huisartsen te informeren over het beleid binnen een woonzorgcentrum.

## **Deel 1: Literatuuronderzoek**

**Het beleid voor beslissingen rond het levenseinde in woonzorgcentra**

*“Sterven is het openen van een andere deur, een onbekende en nog nimmer betreden kamer van een vreemd huis.”*

*(Louis Paul Boon, Zomerdagdroom AP 73)*

# I. Inleiding

In België en andere Westerse landen leven mensen langer dan vroeger dankzij nieuwe technologieën in de geneeskunde, een gezondere levensstijl en verbeterde levensomstandigheden. Daarnaast kunnen ziekten vroeger worden opgespoord door de groeiende mogelijkheden op het vlak van medische beeldvorming en laboratoriumtechnieken. Dit geldt ook voor chronische ziekten. Het gevolg hiervan is dat mensen minder acuut sterven maar dit over enkele maanden of weken kan verlopen. Hierbij komt dat het stervensproces progressief geïnstitutionaliseerd wordt: meer en meer mensen sterven in ziekenhuizen en woonzorgcentra [1]. Twintig procent van de sterfte in de Verenigde Staten gebeurt in woonzorgcentra [2]. In Vlaanderen stierf in 2002 één bewoner op de vier in het woonzorgcentrum [3].

Daarnaast moeten we ons afvragen of de vooruitgang in de geneeskunde zorgt voor een verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt en in welke mate we tegemoetkomen aan de wensen en noden van de individuele patiënt.

Dit alles brengt een noodzaak met zich mee om mensen te laten kiezen op welke manier zij hun laatste levensfase willen doorbrengen op het moment dat ze dit zelf niet meer bewust kunnen meedelen. We kunnen verwachten dat bewoners en zorgverleners in een woonzorgcentrum niet noodzakelijk dezelfde visie hebben over beslissingen rond het levenseinde [4, 5]. Volgens Ghijsebrechts et al. ligt de uitdaging voor de gezondheidszorg erin dit delicate onderwerp bespreekbaar te maken voor de bewoner en zijn familie. Het concept 'vroegtijdige zorgplanning' (VZP) wil hierop een antwoord geven [4].

Vroegtijdige zorgplanning kunnen we definiëren als een continu communicatie – en denkproces tussen een patiënt, zijn vertegenwoordiger(s) en zijn zorgverleners, waarbij de patiënt(e) te kennen geeft hoe hij of zij het eigen levenseinde ziet en welke zorgen hij of zij daarbij (nog) wenst, in het geval de patiënt(e) wilsonbekwaam wordt. Deze 'zorgen' moeten we zien als behandelingskeuzen en behandelingsdoelen. [4]. VZP biedt daarom een breder en dynamischer kader voor zorgplanning dan wilsverklaringen, waarbij de patiënt enkel te kennen geeft welke zorg hij of zij nog wenst in de toekomst [6].

VZP is een van de sleutelcomponenten van de kwaliteit van palliatieve zorg in woonzorgcentra [7], zeker bij bewoners met dementie die hun wensen en verlangens rond het levenseinde niet meer kunnen meedelen. Het overkoepelende doel van de zorgverleners is door een gepaste en tijdige VZP zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen van de patiënt en zijn familie.

Vooraf in woonzorgcentra is er een groeiende nood aan VZP omdat patiënten vaak wilsonbekwaam zijn of worden door vergevorderde dementie. Het proces van VZP is juist in deze groep bejaarden zeer complex. Om deze reden zou het gesprek over VZP zo vroeg mogelijk in het ziekteproces van de patiënt moeten gebeuren [8]. Dit vraagt echter heel wat coördinatie tussen de verschillende zorgverleners [9]. Maar een VZP-gesprek voeren resulteert volgens Vandervoort et al. niet altijd in een geschreven neerslag in de vorm van wilsverklaringen of dergelijke. Vaak blijft het bij verbale communicatie [7]. Bij bejaarden met dementie zijn het vaak de huisartsen die de orders geven naar het levenseinde toe. Volgens Vandervoort et al. hebben weinig bejaarden met dementie in Vlaanderen hun wensen voor hun toekomstige zorg ooit met hun huisarts of familie besproken [7]. Communicatie tussen professionele zorgverleners en de bewoner is niet gebruikelijk, terwijl die communicatie wel bestaat tussen de zorgverleners en de dichte familie. Hierdoor kunnen we moeilijk van patiëntgerichte VZP spreken bij bejaarden met dementie. Een VZP-gesprek wordt veel te laat in het dementeringsproces gevoerd zodat deze bejaarden geen inspraak meer hebben in hun toekomstige zorg. Daarom moet prioriteit gegeven worden aan een vroegtijdig gesprek over de zorg in de toekomst met bejaarden met dementie [7, 10].

Daarnaast zijn er twee barrières die volgens Rice et al., althans in de Verenigde Staten, de kwaliteit van de zorg rond het levenseinde in de weg staan: te weinig opleiding voor artsen en hun team die dagelijks geconfronteerd worden met het levenseinde, en te weinig personeel in de woonzorgcentra [2].

Het laatste decennium is er in de Belgische wetgeving heel wat veranderd op vlak van gezondheidszorg, ook in woonzorgcentra. Sinds 2002 geeft de wet op de patiëntenrechten de patiënt(e) de mogelijkheid om medische zorgen te weigeren en om een vertegenwoordiger aan te duiden indien de patiënt(e) zijn eigen belangen niet meer kan behartigen [11].



Sinds 2000 is elk woonzorgcentrum (WZC) ook wettelijk verplicht een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aan te stellen [12]. Ook moet er een palliatief referentieverpleegkundige aanwezig zijn in het woonzorgcentrum. Deze verpleegkundige is samen met de CRA verantwoordelijk voor de palliatieve zorg in het woonzorgcentrum, het geven van advies in specifieke palliatieve situaties en het organiseren van trainingsmomenten in palliatieve zorg voor zorgverleners.

Deze masterproef wil het thema 'beleid voor vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra' en 'communicatie met bewoners, familie en zorgverleners' onderzoeken. De literatuurstudie wil een antwoord geven op de volgende drie onderzoeksvragen:

▪ **Zoekvraag 1:**

Hoe ver staan Vlaamse woonzorgcentra in het ontwikkelen van een VZP-beleid (institutionele VZP-richtlijnen en/of specifieke, individuele VZP-documenten voor beslissingen rond het levenseinde) in vergelijking met andere Europese landen en de Verenigde Staten?

▪ **Zoekvraag 2:**

Over welke aspecten van beleidsvoering in woonzorgcentra betreffende het levenseinde wordt reeds gecommuniceerd met huisartsen, andere zorgverleners, bewoners en hun familie en in welke mate vindt deze communicatie plaats?

▪ **Zoekvraag 3:**

Wie wordt betrokken in de ontwikkeling en goedkeuring van een beleidsvoering en het opstellen van praktijkrichtlijnen betreffende beslissingen rond het levenseinde (VZP, euthanasiebeleid,...) in woonzorgcentra?

## II. Methode

Er werd voor deze literatuurstudie met een combinatie van zoektermen gezocht naar systematische reviews, meta-analyses en primaire studies (Randomized Controlled Trials en observationeel onderzoek) in 3 databanken: Medline via Pubmed, Embase en The Cochrane Library. Op basis van titel en abstract werden relevante artikels weerhouden uit de zoekresultaten. Na inventarisatie werd vervolgens geselecteerd op relevantie voor de onderzoeksvragen, de taal (Nederlands-, Frans-, Engels- en Duitstalig) en de vrije beschikbaarheid. Met de publicatiedatum werd geen rekening gehouden. Artikels met betrekking tot de pediatrische populatie werden geëxcludeerd.

De combinaties van verschillende zoektermen per zoekvraag zijn terug te vinden *in tabel 1, 2 en 3*.

## III. Resultaten

### Zoekvraag 1

Het flowdiagram van de eerste zoekvraag wordt weergegeven in *Figuur 1*. In *Tabel 1* worden de zoektermen per databank weergegeven. In deze ronde werd gezocht in 3 databases (Medline, Embase en The Cochrane Database of Systematic Reviews) naar systematische reviews en meta-analyses. In elke zoekmachine werden dezelfde limits gebruikt namelijk reviews, systematische reviews en meta-analyses. Met de zoektermen 'advance care planning' [MeSH] en 'nursing homes' [MeSH] werden respectievelijk in Medline en Embase 32 en 37 resultaten gevonden. Een zoektocht in The Cochrane Database of Systematic Reviews leverde met de zoekterm 'advance care planning' 14 resultaten op (8 Cochrane Reviews en 6 andere reviews). Op basis van abstract en titel werden 17 reviews in Medline, 2 reviews in Embase en 6 reviews in The Cochrane Database of Systematic Reviews weerhouden.

Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd in Embase 1 review weerhouden [48]:

- Oliver D.P., Porock D., Zweig S. End-of-life care in U.S. nursing homes: A review of the evidence. *J Am Med Dir Assoc.* 2004 May-Jun;5(3):147-55.

In Medline en The Cochrane Database Of Systematic Reviews werden geen publicaties (reviews of meta-analyses) weerhouden.

In dezelfde databanken werd vervolgens, met combinaties van zoektermen, gezocht naar primaire studies. Met de combinaties uit tabel 1 werden in Medline 81 publicaties gegenereerd. Na selectie op titel en abstract werden 12 studies weerhouden. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen bleven 2 publicaties over [19, 22]:

- De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliens L. Nursing home policies regarding advance care planning in Flanders, Belgium. *Eur J Public Health.* 2010 Apr;20(2):189-94.
- Haverkate I, Muller MT, Cappetti M et al. Prevalence and content analysis of guidelines on handling requests for euthanasia or assisted suicide in Dutch nursing homes. *Arch Intern Med.* 2000 Feb 14;160(3):317-22.

In Embase werden met de zoektermen 'advance care planning', 'nursing homes' en 'policies' 12 publicaties weerhouden. Na selectie op basis van titel en abstract bleven 2 publicaties over. Na herbeoordeling werd 1 publicatie weerhouden voor de literatuurstudie: [1]. De Cochrane Library levert met de zoekterm 'advance care planning' 112 zoekresultaten op. 3 publicaties werden weerhouden, na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd geen publicatie gebruikt.

## **Zoekvraag 2**

Het flowdiagram van de tweede zoekvraag wordt weergegeven in *Figuur 2*. In *tabel 2* worden de zoektermen per databank weergegeven. In de 3 databanken werd met de zoektermen 'communication' [MeSH], 'communicating' 'nursing homes' [MeSH], 'policies' en 'end-of-life' een zoektocht gedaan zonder 'limits'. In Medline bracht deze zoekstrategie 20 publicaties op. Na selectie op basis van de titel en abstract werden 4 publicaties weerhouden.

Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen bleven er 2 publicaties over [28, 31]:

- Gastmans C, Lemiengre J, de Casterlé BD. Development and communication of written ethics policies on euthanasia in Catholic hospitals and nursing homes in Belgium (Flanders). *Patient Educ Couns*. 2006 Oct;63(1-2):188-95.
- Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, van der Maas PJ, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Development and dissemination of institutional practice guidelines on medical end-of-life decisions in Dutch health care institutions. *Health Policy*. 2010 Mar;94(3):230-8.

Dezelfde zoektermen werden zonder 'limits' ook in Embase ingevoerd en dit leverde 8 publicaties op. Na selectie op basis van titel en abstract werden 2 publicaties weerhouden. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd slechts 1 publicatie weerhouden [29]:

- Haverkate I, van der Wal G. Policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA*. 1996 Feb 14;275(6):435-9.

In The Cochrane Library werd met de zoekterm 'advance care planning' gewerkt. Dit leverde 112 resultaten op. Na selectie op basis van titel en abstract bleven 5 publicaties over. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd geen publicatie weerhouden.

### **Zoekvraag 3**

Het flowdiagram van de derde zoekvraag wordt weergegeven in *Figuur 3*. In *tabel 3* worden de zoektermen per databank weergegeven. In de 3 databanken werd met de zoektermen 'development', 'implementation', 'nursing homes' [MeSH], 'policies' en 'end-of-life' een zoektocht gedaan zonder 'limits'. In Medline bracht deze zoekstrategie 32 publicaties op.

Na selectie op basis van de titel en abstract werden 7 publicaties weerhouden. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen bleven er 2 publicaties over [28, 31]:

- Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, van der Maas PJ, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Development and dissemination of institutional practice guidelines on medical end-of-life decisions in Dutch health care institutions. *Health Policy*. 2010 Mar;94(3):230-8.
- Gastmans C, Lemiengre J, de Casterlé BD. Development and communication of written ethics policies on euthanasia in Catholic hospitals and nursing homes in Belgium (Flanders). *Patient Educ Couns*. 2006 Oct;63(1-2):188-95.

De gebruikte zoekstrategie leverde in Embase 7 zoekresultaten op. Na het lezen van de titel en de abstract werden 4 publicaties weerhouden. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd 1 publicatie weerhouden [21]:

- Lemiengre J, Dierckx de Casterlé B, Verbeke G et al. Ethics policies on euthanasia in nursing homes: a survey in Flanders, Belgium. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(2):376-86.

In The Cochrane Library werd met de zoekterm 'advance care planning' gewerkt. Dit leverde 112 resultaten op. Na selectie op basis van titel en abstract bleven 5 publicaties over. Na herbeoordeling op relevantie voor de onderzoeksvragen werd geen publicatie weerhouden.

Na bespreking met de promotor werden op basis van enkele auteursnamen nog 11 publicaties aan de literatuurlijst toegevoegd: [7, 10, 13, 15, 17, 18, 32, 35, 36, 37, 47].

## Bespreking van de resultaten

### Stand van zaken

Om een literatuurstudie over beleidsvoering in België te maken is er eerst een stand van zaken nodig over de prevalentie van beslissingen rond het levenseinde en de communicatie ervan.

Volgens een retrospectief onderzoek door Meeussen et al. wordt in 34% van de niet-plotse sterfgevallen VZP toegepast in België en Nederland [10]. In slechts 8% van de gevallen werd dit proces van VZP ook op papier gedocumenteerd. Deze resultaten illustreren dat VZP eerder een dynamisch proces is, dan enkel het documenteren van wilsverklaringen. Dit neemt niet weg dat een geschreven neerslag van het VZP-proces uitermate belangrijk is, zeker in acute gevallen. Meeussen et al. suggereren dat wilsverklaringen meer voorkomen in de Verenigde Staten dan in Europa. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de invoering van de Patient-Self Determination Act in 1991 in de Verenigde Staten [13].

VZP in woonzorgcentra bestaat in veel gevallen enkel onder de vorm van orders die artsen zelf opstellen: deze orders kwamen in 77,3% van de bewoners in woonzorgcentra in Vlaanderen voor. Deze orders werden slechts in 13% van de gevallen besproken met de bewoner zelf. De familie werd in 79,3% geïnformeerd hierover. Uit een retrospectieve cross-sectionele studie van De Gendt et al. bleek dat de helft (51,8%) van de bewoners in de Vlaamse woonzorgcentra een VZP hadden, waarvan de meesten bestonden uit arts-specifieke orders, en in minder mate uit wilsverklaringen. 9% van de bewoners had een wettelijke vertegenwoordiger aangesteld [14, 15]. Uit dit onderzoek blijkt opnieuw wat voorheen werd gesuggereerd: Vlaanderen hinkt achterop in het documenteren van wilsverklaringen vergeleken met de Verenigde Staten.

Op vlak van communicatie rond het levenseinde tussen patiënt en arts zijn er significante verschillen binnen Europa. België scoort, op Nederland na, het best in Europa. Maar desalniettemin worden vooral problemen rond spiritualiteit en existentiële levensvragen nog teveel uit de weg gegaan [16, 17].

Op vlak van het uitvoeren van euthanasie en andere levensverkortende beslissingen zijn er verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië volgens Van Den Block et al [18].

Van de niet-acute sterfgevallen in België werden er in Vlaanderen meer levensverkortende beslissingen (50%) genomen dan in Wallonië (41%).

In Wallonië (15%) wordt dan meer continue diepe sedatie toegepast dan in Vlaanderen (8%). Daarnaast was er geen significant verschil in prevalentie van euthanasie en medisch geassisteerde zelfdoding tussen Vlaanderen en Wallonië.

### **VZP-beleid in woonzorgcentra**

Een VZP-beleid in een woonzorgcentrum kan onder verschillende vormen bestaan [19, 20]. Ten eerste kunnen praktische richtlijnen over beslissingen omtrent het levenseinde voorhanden zijn (euthanasie, medisch geassisteerde zelfdoding, palliatieve sedatie, weerhouden van voeding en drank, stoppen met toedienen van antibiotica of een andere behandeling met levensverlengend effect, hospitalisatie, reanimatie en het verlichten van symptomen.)

Ten tweede kunnen patiënt-specifieke en individuele planningsformulieren aanwezig zijn in het woonzorgcentrum (do-not-resuscitate of DNR, do-not-hospitalize of DNH, ...). In de literatuur werd 1 primair onderzoek naar het voorkomen van het VZP-beleid in de Vlaamse woonzorgcentra teruggevonden (Waalse woonzorgcentra werden niet geïncludeerd in deze studie) [19]. De inhoud van het VZP-beleid met betrekking tot beslissingen rond het levenseinde werd in deze studie in Vlaanderen onderzocht via (gemailde) vragenlijsten (ingevuld door de directie van het woonzorgcentrum). Uit het onderzoek, gevoerd in 2006, blijkt dat in 95,1 % van de woonzorgcentra in Vlaanderen een VZP-beleid in schriftelijke vorm aanwezig was [19]. De aanwezigheid van VZP-richtlijnen en/of specifieke planningsdocumenten voor beslissingen rond het levenseinde werden als een VZP-beleid bestempeld in deze studie. Een VZP-richtlijn werd in het artikel gedefiniëerd als een overeenkomst vanuit het woonzorgcentrum met als doel het begeleiden van artsen en verpleegkundigen in vroegtijdige zorgplanning. Een specifiek planningsdocument werd gedefiniëerd als een gestandaardiseerd formulier voor instructies vanuit de arts en/of de patiënt rond het levenseinde. Naast VZP-richtlijnen (66%) waren er in de meeste woonzorgcentra ook individuele planningsdocumenten (93%) aanwezig. In 64,5% van de Vlaamse woonzorgcentra waren zowel VZP-richtlijnen als specifieke planningsdocumenten aanwezig.

Deze planningsdocumenten bevatten bijna allemaal DNH-formulieren (90,0%) en DNR-formulieren (83,2%). Formulieren voor palliatieve sedatie (29,2%) en euthanasie (19,7%) kwamen minder vaak voor in de planningsdocumenten. De VZP-richtlijnen in de Vlaamse woonzorgcentra handelen ook het vaakst over beslissingen rondom hospitalisatie (59,2%) en beslissingen rondom reanimatie (55,1%).

Ook beslissingen rondom het weerhouden van kunstmatige voeding, vocht en antibiotica kwamen in deze grootte-orde voor in de institutionele VZP-richtlijnen. Het minst vaak handelden deze richtlijnen over palliatieve sedatie (33,5%), euthanasie (33,7%) en medisch geassisteerde zelfdoding (19,7%). Palliatieve sedatie en euthanasie werden niet toegelaten in respectievelijk 2,3% en 6,2% van de Vlaamse woonzorgcentra. Medisch geassisteerde zelfdoding was niet toegelaten in 15,2 % van de Vlaamse woonzorgcentra. Richtlijnen met betrekking tot het aanstellen van een wettelijke vertegenwoordiger werden teruggevonden in minder dan een derde van de woonzorgcentra in Vlaanderen [19]. In 29,4% van de woonzorgcentra was er een specifiek document voor het aanstellen van een vertegenwoordiger aanwezig in het dossier. Volgens Lemiengre et al. heeft slechts 15% van de Vlaamse woonzorgcentra een schriftelijk euthanasiebeleid [21]. Analyse van de inhoud van dit beleid toont een grote heterogeniteit tussen woonzorgcentra zowel qua vorm als inhoud.

Volgens Haverkate et al. (2000) blijkt dat in 58% van de Nederlandse woonzorgcentra richtlijnen betreffende euthanasie en/of geassisteerde zelfdoding aanwezig zijn [22]. In 10% van de woonzorgcentra zijn deze methoden van levensbeëindiging niet toegelaten. In 2005 blijkt volgens Roeline et al. 78% van de woonzorgcentra in Nederland over een richtlijn betreffende euthanasie en/of geassisteerde zelfdoding te beschikken [23]. Richtlijnen betreffende DNR waren beschikbaar in 73% van de woonzorgcentra. Richtlijnen over palliatieve sedatie, verlichten van symptomen, weerhouden van voeding, vocht en levensverlengende behandeling waren in respectievelijk 24, 29 en 35% van de Nederlandse woonzorgcentra terug te vinden.

Literatuur omtrent het VZP-beleid in woonzorgcentra elders in de wereld is zeer beperkt. Een studie in Taiwan concludeerde tot een tekort aan DNR-beleid in woonzorgcentra wegens een lage prevalentie van bewoners met DNR-codering [23].



Volgens Culberson et al. heeft 62% van de Amerikaanse woonzorgcentra lid van de AMDA Foundation Long-Term Care Network een DNH beleid [25]. Eén derde van de chronische zorginstellingen (niet enkel woonzorgcentra) in Canada zouden een DNR-beleid hebben [26]. In 1991 trad in de Verenigde Staten de Patient Self-Determination Act in voege: een federaal initiatief om de controle over beslissingen betreffende medische behandelingen te verbeteren. Volgens Bradley et al. (1997) bestaat er een pre-PSDA (1991) en post-PSDA (1994) 'tijdperk': gezondheidszorginstellingen moesten vanaf nu geschreven informatie bieden aan patiënten waarin hun rechten werden besproken. Een VZP-formulier werd in 1991 in 19,3% van woonzorgcentra gebruikt, na implementatie van PSDA in 1994 werd dit verdrievoudigd tot 61 % [27].

### **Communicatie van beleidsvoering rond het levenseinde in woonzorgcentra**

Primair onderzoek naar de ontwikkeling van beleidsvoering in woonzorgcentra rond het levenseinde en de communicatie ervan naar de zorgverleners is, zeker in Vlaanderen, beperkt. Eén publicatie (Gastmans et al., 2006, [28]) onderzoekt de ontwikkeling van beleidsvoering betreffende euthanasie in de Vlaamse katholieke ziekenhuizen en woonzorgcentra. Daarnaast werd ook de communicatie van dit beleid naar de artsen, de zorgverleners, de patiënten en hun familie onderzocht.

Van de onderzochte ziekenhuizen nam 80% het initiatief om het beleid betreffende euthanasie te communiceren naar de artsen verbonden aan het ziekenhuis. 67% van de woonzorgcentra informeerde de artsen verbonden aan het instituut over dit beleid. De verpleging werd in 73% van de ziekenhuizen en 84% van de woonzorgcentra geïnformeerd hierover. Andere zorgverleners verbonden aan het instituut werden slechts in 57% van de ziekenhuizen en 78% van de woonzorgcentra hierover werden geïnformeerd. 67% van de woonzorgcentra nam het initiatief om de huisartsen te informeren over de beleidsvoering, terwijl slechts 33% van de ziekenhuizen dit initiatief nam. De patiënten en hun familie werden het minst geïnformeerd over het gevoerde beleid: 57% van de woonzorgcentra nam hiervoor het initiatief, slechts 1 ziekenhuis nam zelf hiervoor het initiatief [28]. Volgens Haverkate et al. informeerde slechts 3,9% van de Nederlandse ziekenhuizen en 30,5% van de Nederlandse woonzorgcentra de patiënt en zijn familie over hun beleidsvoering betreffende euthanasie en geassisteerde zelfdoding.

Daarentegen informeerden 89% van de ziekenhuizen en 93% van de woonzorgcentra de artsen en verpleegkundigen verbonden aan het instituut over hun beleidsvoering [29]. Volgens Hesselink et al. communiceerde 82% van de woonzorgcentra hun beleid over euthanasie en geassisteerde zelfdoding naar de artsen verbonden aan het woonzorgcentrum [31]. 66% van deze woonzorgcentra lichtten ook hun verpleegkundig team in over dit beleid. 55% van de patiënten en hun familie werden hierover ingelicht. Slechts 22 % van de Nederlandse huisartsen werden hierover ingelicht (op specifieke vraag van de huisarts werd een extra 54% ingelicht).

De meest voorkomende manier om de betrokken partijen in te lichten over het beleid waren het beschikbaar zijn van een kwaliteitshandboek, een intranetwebsite en een gesprek bij het begin van de tewerkstelling. De patiënten en familie werden het meest ingelicht via een brochure of informatiebrief.

Praktijkrichtlijnen over palliatieve sedatie werden in 85% van de woonzorgcentra gecommuniceerd aan de betrokken partijen, richtlijnen over het weerhouden van levensverlengende behandelingen in slechts 62% van de woonzorgcentra.

### **Ontwikkeling van de beleidsvoering rond het levenseinde in woonzorgcentra**

Publicaties over de ontwikkeling van een specifiek VZP-beleid in Vlaamse woonzorgcentra werden niet gevonden. Ook in Nederland is onderzoek hiernaar schaars. Eén publicatie onderzocht in Vlaanderen welke instanties meewerkten aan de ontwikkeling en goedkeuring van een euthanasiebeleid in Katholieke ziekenhuizen en woonzorgcentra [28].

Volgens Gastmans et al. was in 62% van de katholieke woonzorgcentra met een euthanasiebeleid de directie de meest betrokken partner in het ontwikkelen van dat beleid, gevolgd door het ethisch comité (51%) en het dagelijks management (47%). In 87% van de katholieke woonzorgcentra was de directie het meest betrokken bij de goedkeuring van het beleid, gevolgd door het dagelijks management (67%) en het ethisch comité (46%). Volgens Haverkate et al. is 86% van de Nederlandse artsen van mening dat gezondheidszorginstellingen een euthanasiebeleid moeten ontwikkelen [30]. Eén publicatie onderzocht in Nederlandse gezondheidszorginstellingen welke instanties mee hadden gewerkt aan praktijkrichtlijnen betreffende beslissingen rond het levenseinde [31].

In 80% van de woonzorgcentra waren de artsen het meest betrokken bij de ontwikkeling van de praktijkrichtlijnen, gevolgd door het ethisch comité (71%), de directie (62%) en verpleegkundigen (61%).

## IV. Discussie

Er zijn verschillen in prevalentie van de beslissingen rond het levenseinde in Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen zijn artsen, bewoners en familie eerder geneigd beslissingen te nemen die een levensverkortend effect hebben. Artsen, bewoners en familie in Wallonië zijn er meer op gericht curatief te werk te gaan of levensverlengend te werken. Ook een andere studie van Van Den Block et al. toont dit aan [32]. Dit kan verklaren waarom in Wallonië minder gebruik gemaakt worden van levensverkortende beslissingen en specialistische technieken zoals continue diepe sedatie [18].

VZP in woonzorgcentra bestaat nog te vaak onder de vorm van arts-specifieke orders, die slecht gecommuniceerd worden met de bewoner [7]. Deze resultaten moeten beleidsmakers aanzetten om de communicatie tussen arts en patiënt(e) te stimuleren in de toekomst. De helft van de bewoners heeft een VZP, vaak bestaande uit orders van de arts of een wilsverklaring [14]. Voortgezette discussie tussen de arts, de patiënt en de familie over toekomstige zorg en beslissingen rond het levenseinde zou moeten gestimuleerd worden, nog voor de patiënt zijn mentale capaciteit verliest. Daarnaast blijkt uit de resultaten van de literatuurstudie dat bijna alle Vlaamse woonzorgcentra een VZP-beleid hebben in schriftelijke vorm (zij het onder de vorm van richtlijnen, zij het onder de vorm van specifieke planningsdocumenten.) De ontwikkeling en implementatie van een VZP-beleid in twee woonzorgcentra in Vlaanderen begon reeds in 1989. Vanaf 1993 volgden meerdere woonzorgcentra [19]. De grootste stijging van het aantal woonzorgcentra met een VZP-beleid kwam er in 2002. Het euthanasiebeleid in katholieke woonzorgcentra werd in 83% na 2003 ontwikkeld. [28]. Dit kan onrechtstreeks het gevolg zijn van het publieke debat over het levenseinde door het in voege treden van de wet op de patiëntenrechten en de wet over euthanasie in België. De wet over euthanasie (28 mei 2002) stelt dat de zieke het recht heeft te kiezen voor het leven of de dood, voor zover de zieke zich bevindt in omstandigheden bepaald in de wet [20].

De wet op de patiëntenrechten (2002) geeft patiënten het recht om medische behandelingen te accepteren of te weigeren én om een wettelijke vertegenwoordiger aan te stellen [27]. We kunnen concluderen dat de wetgeving de nodige impulsen gaf om VZP verder uit te bouwen.

Ook in de Verenigde Staten was dit in de jaren 90 het geval: het in voege treden van de Patiënt Self-Determination Act (PSDA, 1991) zorgde voor een enorm stijging van beschikbaarheid van VZP-formulieren in de woonzorgcentra [31]. De Belgische wetgeving geeft, in tegenstelling tot andere landen, zowel artsen als gezondheidszorginstellingen geen richtlijnen hoe deze wetten in de praktijk te brengen [33]. De grote verscheidenheid aan vorm en inhoud van een VZP-beleid in Vlaamse woonzorgcentra zijn hoogstwaarschijnlijk hier het gevolg van.

Uit het onderzoek van De Gendt et al. komen over het euthanasiebeleid in Vlaamse woonzorgcentra twee belangrijke punten naar voor. Ten eerste zijn er in slechts 37,7 % van de woonzorgcentra in Vlaanderen richtlijnen over euthanasie terug te vinden. In 2003 waren er in 30% van de katholieke woonzorgcentra in Vlaanderen richtlijnen over euthanasie aanwezig [34]. Dit betekent een minimale stijging van het aantal richtlijnen in een periode van 3 jaar. Dit lijkt vreemd gezien de grote publieke aandacht voor het levenseinde sinds het in voege treden van de wet op de patiëntenrechten en de wet over euthanasie. Aan de andere kant vond volgens Bilsen et al. een 'shift' plaats in de praktijkvoering rond het levenseinde tijdens de legalisatie van euthanasie in België: artsen begonnen meer over deze beslissingen met de patiënt, familie en verpleegkundigen te communiceren. De incidentie van continue diepe sedatie groeide tot 8,2 % en er was een daling in incidentie van euthanasie [35]. Een follow-up onderzoek uit 2007 (Chambaere et al., [37]) en onderzoek van Pardon et al. [36] kwam tot vergelijkbare conclusies. Beleidsmakers moeten dus indachtig zijn dat de praktijkvoering van artsen kan beïnvloedt worden door sociale ontwikkelingen, in dit geval het legaliseren van euthanasie in België. Ten tweede is het opmerkelijk dat in 6,2% van de woonzorgcentra een verbod op euthanasie geldt. De studie van Lemiengre et al. toont ook aan dat meer katholieke woonzorgcentra dan niet-katholieke woonzorgcentra euthanasie niet toestaan. Voor katholieke zorginstellingen in België was de legalisatie van euthanasie echter een ware uitdaging: het behouden van de eigen katholieke identiteit binnen de Belgische pluralistische context rond euthanasie [21].

Zorgnet Vlaanderen bracht hier een oplossing door een ethisch onderbouwd antwoord op euthanasie binnen de katholieke context te formuleren onder de vorm van een praktijkrichtlijn en een visietekst, die de katholieke woonzorgcentra werden toegestuurd.

Minder dan een derde van de Vlaamse woonzorgcentra had beleidsdocumenten over het aanstellen van een wettelijke vertegenwoordiger [19]. Het valt te verwachten dat in woonzorgcentra het aantal wilsonbekwamen hoog is, door dementie en andere ziekten. Daarom is het belangrijk verder onderzoek te voeren naar hoe men deze documenten in meer Vlaamse woonzorgcentra kan implementeren.

Door verschillende onderzoeksmethoden en verschillende wetgeving betreffende levensbeëindiging is het moeilijk vergelijkingen te maken tussen België en andere landen. We kunnen wel concluderen dat de Vlaamse woonzorgcentra vanaf 1989 traag zijn geëvolueerd in het ontwikkelen en implementeren van een beleid rond vroegtijdige zorgplanning, maar die achterstand werd de laatste jaren snel ingehaald. Daarnaast is de ontwikkeling van een VZP-beleid in woonzorgcentra in Europa nog niet compleet en blijft achter op de Verenigde Staten, waar in 1994 reeds twee derde van de woonzorgcentra een VZP-beleid had [27].

De communicatie van de beleidsvoering betreffende euthanasie in Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra naar zorgverleners is gemiddeld tot goed te noemen [28]. Artsen en verpleegkundigen werden het meest hierover geïnformeerd, andere zorgverleners werden hier minder bij betrokken. Men kwam in Nederland tot dezelfde conclusies [29].

Naast artsen en verpleegkundigen zouden alle zorgverleners voldoende geïnformeerd moeten worden over het beleid betreffende euthanasie in ziekenhuizen en woonzorgcentra. Met het zicht op de groeiende multidisciplinaire zorgcultuur in deze gezondheidsinstellingen zouden deze zorgverleners echt moeten betrokken worden bij de beleidsvoering over beslissingen rond het levenseinde in het algemeen.

Er is een groot verschil tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra wat betreft communicatie van het beleid naar de patiënt en zijn familie. Woonzorgcentra nemen hier veel meer het initiatief voor. Ook in Nederland komt men tot dezelfde conclusie [29].

Een mogelijke verklaring voor de open communicatie vanuit de woonzorgcentra is de duur van het verblijf van de patiënt in het instituut: patiënten verblijven langer in een woonzorgcentrum dan in een ziekenhuis, met meer communicatiemogelijkheden tot gevolg.

Twee methodologische bedenkingen moeten worden gemaakt als we de data van de publicatie van Gastmans et al. [28] willen interpreteren: met een participatiegraad van 62% is 'non-respons bias' niet uit te sluiten. Daarnaast had slechts 30% van deze woonzorgcentra een beleid voor euthanasie. Men moet voorzichtig zijn hier conclusies uit te trekken. Daarom beschouwen we de conclusies uit dit onderzoek beter als tendensen dan als harde eindpunten. Daarnaast moet ook aandacht besteedt worden aan het feit dat in bovengenoemde publicaties enkel het euthanasiebeleid werd onderzocht. Deze resultaten zeggen enkel iets over de attitudes van woonzorgcentra omtrent de communicatie van beleidsvoering rond het levenseinde maar ook hier weer kunnen geen harde eindpunten worden behaald. Er is nood aan verder onderzoek in Vlaanderen omtrent de communicatie over de beleidsvoering rond VZP, kaderend in beslissingen rond het levenseinde, in woonzorgcentra.

Uit de literatuur blijkt dat het ethisch comité vaak nauw betrokken is bij de ontwikkeling van het beleid in woonzorgcentra. In België is een ethisch comité vaak samengesteld uit zorgverleners uit het ziekenhuis of woonzorgcentrum [38]. Dat zorgverleners nauw betrokken zijn bij het ontwikkelen van een euthanasiebeleid is belangrijk om een brug te slaan tussen de klinische praktijk en ethische en wettelijke opzichten. Niet alleen het aanwezig zijn van een beleidsvoering betreffende het levenseinde is belangrijk, ook het feit dat professionele zorgverleners wéten dat er een beleid is en hun attitude naar dit beleid toe is van belang. Omtrent dit onderwerp dient nog verder onderzoek te worden gevoerd. Ook de mate waarin professionele hulpverleners zich gesteund voelen door een beleid is stof voor verder onderzoek.

In Nederland zijn vooral de artsen verbonden aan de organisatie betrokken in de beleidsvoering, alsook het ethisch comité (indien beschikbaar) en de directie. De verpleegkundigen worden in meer dan de helft van de gezondheidszorgorganisaties in de beleidsvoering betrokken. Het betrekken van alle zorgverleners in het ontwikkelingsproces van de beleidsvoering en richtlijnen is zeer belangrijk: richtlijnen zijn namelijk het meest effectief als ze opgesteld zijn door degenen die ze zullen gebruiken [39, 40].

Verpleegkundigen worden in vergelijking met artsen te weinig betrokken in de beleidsvoering en het opstellen van praktijkrichtlijnen. Het is echter belangrijk dat verpleegkundigen hierin meer inspraak krijgen omdat deze zorgverleners een zeer belangrijke rol hebben in de beslissingen rond het levenseinde en de dagelijkse zorg voor de bewoner [41, 42].

Praktijkrichtlijnen rond palliatieve sedatie zijn het meest beschikbaar in de woonzorgcentra in Nederland. Dit is vermoedelijk te verklaren door de gestegen aandacht voor palliatieve sedatie in Nederland. Alle praktijkrichtlijnen omtrent beslissingen rond het levenseinde zouden voor alle zorgverleners beschikbaar moeten zijn in woonzorgcentra, enkel dan kunnen zij van enige betekenis zijn voor de praktijk.

Artsen voelen zich over het algemeen gesteund wanneer zij richtlijnen omtrent levensbeëindiging ter beschikking hebben [31, 43]. Dit benadrukt ook de nood aan praktische richtlijnen om nog betere kwaliteit van zorg omtrent levensbeëindiging te bekomen. Niet alleen het voorhanden zijn van praktijkrichtlijnen is belangrijk, ook moeten de zorgverleners zich bewust zijn dat deze richtlijnen bestaan en kunnen gebruikt worden.

Er is opnieuw reserve voor het vergelijken van de studieresultaten tussen Vlaanderen en Nederland wegens het verschil in ethische en wettelijke aspecten (betreffende euthanasie), het verschil in gezondheidszorgorganisatie, de cultuur en het tijdstip van het onderzoek.

## V. Besluit

- Bijna alle Vlaamse woonzorgcentra hebben anno 2006 een VZP-beleid, maar deze verschillen onderling sterk op inhoudelijk vlak. DNH en DNR beslissingen zijn opgenomen in bijna alle VZP-documenten in de Vlaamse woonzorgcentra. De Belgische wetgeving geeft geen leidraad om wetten rond het levenseinde in de praktijk te brengen. Dit leidt tot heterogeniteit in het Vlaamse zorglandschap. De implementatie van VZP-beleid in Vlaanderen startte traag in vergelijking met andere landen maar ontwikkelde zich snel over de laatste jaren. Er is verder onderzoek nodig naar hoe VZP juist vorm krijgt in de praktijk en welke impact het bestaan van een VZP-beleid in woonzorgcentra heeft op VZP in de praktijk.
- Literatuur omtrent het communiceren van het beleid betreffende beslissingen rond het levenseinde in woonzorgcentra is zeer beperkt. Enkele tendensen komen naar voren, harde eindpunten zijn er niet. Woonzorgcentra nemen vaak zelf het initiatief om de artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners omtrent hun beleidsvoering te informeren. Patiënten en hun familie zouden nog te weinig hierover geïnformeerd worden.
- Literatuur omtrent het ontwikkelen van het beleid betreffende beslissingen rond het levenseinde in woonzorgcentra is zeer beperkt. Artsen, verpleegkundigen en directie zijn betrokken bij de ontwikkeling van het beleid voor beslissingen rond het levenseinde. Ook over het opstellen van praktijkrichtlijnen hebben zij inspraak. Dit is zeer belangrijk omdat zorgverleners in de dagelijkse praktijk staan en weten hoe belangrijk een VZP-beleid binnen een woonzorgcentrum is.



## **Deel 2: Praktijkproject**

**Het beleid voor vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra en de  
communicatie naar de bewoner, de familie en de zorgverleners**

“In geval van slechte communicatie is harder praten slechts zelden  
een goede oplossing”

(H. Diepenmaat, Stelling Amsterdam, september 1997)

# I. Inleiding

Zoals blijkt uit de literatuurstudie is het wetenschappelijk onderzoek naar het beleid over beslissingen rond het levenseinde en VZP in het algemeen schaars. Met dit project wens ik een beter inzicht te verkrijgen in hoe de situatie op niveau van beleidsvoering voor VZP in Oost-Vlaamse woonzorgcentra is. Ik wil in de eerste plaats onderzoeken hoe het beleid voor VZP in ieder woonzorgcentrum is uitgebouwd. Specifieke thema's die gerelateerd zijn aan de beleidsvoering worden aangehaald. Een eenduidig beleid in elk woonzorgcentrum zou uniformiteit van visies en verwachtingen rond het levenseinde moeten impliceren. Dit is essentieel voor de bewoner, zijn familie, het personeel alsook voor de huisartsen.

Uit de literatuur blijkt dat bijna alle woonzorgcentra anno 2006 een VZP-beleid hebben [11]. Maar er is heel wat heterogeniteit op vlak van de inhoud van dit VZP-beleid [11, 13]. Terwijl de studie van De Gendt et al. vooral de beleidsdocumenten (richtlijnen of patiënt-specifieke VZP-formulieren) betreffende VZP onderzocht, wil ik vooral het beleid voor VZP in woonzorgcentra in een ruimer kader schetsen. Ik onderzoek op welke vlakken de aangetoonde heterogeniteit tot uiting komt in woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen.

Het is niet enkel belangrijk dat er een uitgestippeld VZP-beleid in het woonzorgcentrum voorhanden is. Ook de communicatie van dit beleid naar de bewoner, de familie en de zorgverleners is essentieel. Een adequate communicatie van dit beleid kan verkeerde verwachtingen en misverstanden rond de toekomstige zorg van de bewoner voorkomen. Uit de literatuurstudie blijkt dat woonzorgcentra hun best doen om hun personeel en zorgverleners over hun beleidsvoering betreffende beslissingen rond het levenseinde te informeren [20]. De communicatie naar de bewoners en hun familie is veel schaarser. Ik onderzoek of woonzorgcentra hun (eventuele) beleid en/of visie betreffende vroegtijdige zorgplanning communiceren naar de bewoner, familie en hun zorgverleners. Ook de manier waarop gecommuniceerd wordt probeer ik te onderzoeken.

Dit project probeert een antwoord te geven op de volgende twee vragen:

- Waarin verschillen woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen wat betreft het beleid voor vroegtijdige zorgplanning, zowel kwalitatief als kwantitatief?
- Waarin verschilt de manier waarop dit beleid gecommuniceerd wordt naar de bewoner, familie en zorgverleners, zowel kwalitatief als kwantitatief?

## II. Methode

### *Vorbereiding*

Dit onderzoek werd opgezet rond vragenlijsten. In een eerste fase werd een lijst met alle woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen opgevraagd aan het 'Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid' (Afdeling Residentiële en Gespecialiseerde Zorg Team Ouderenzorg). Deze lijst bevat de gegevens van de 193 woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen (bezetting, adres, e-mail, bestuur).

### *Inclusiecriteria woonzorgcentra*

Alle 193 woonzorgcentra werden in de studie geïnccludeerd (n=193). Er werd voor Oost-Vlaanderen gekozen omdat ik en mijn praktijkopleider in heel wat Oost-Vlaamse woonzorgcentra komen en ik graag wou onderzoeken hoe de werkelijke situatie in de woonzorgcentra in deze provincie is.

### *Inhoud vragenlijst*

In een tweede fase werd een vragenlijst ontwikkelt bestaande uit 4 bladzijden (2 bladen recto verso). De vragenlijst is een mengeling van ja-neenvragen en open vragen. De ja-neenvragen werden geïnccludeerd om een eenduidiger antwoord te kunnen formuleren. De open vragen schetsen daarnaast een meer uitgebreid beeld van de realiteit en geeft de ondervraagden meer vrijheid in hun antwoorden.

De vragenlijst bestaat uit 3 grote hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bevroagt de gegevens van de persoon die de vragenlijst invulde en de gegevens van het woonzorgcentrum (bestuur, bezetting, e-mail,...).

Het tweede hoofdstuk heeft tot doel het huidige beleid voor vroegtijdige zorgplanning te bevragen. Dit beleid wordt in de vragenlijst zeer breed gezien zoals hieronder wordt weergegeven. Het eerste onderwerp bevraagt het VZP-gesprek algemeen:

- Wordt er systematisch met iedere bewoner een VZP-gesprek gehouden?
- Wanneer wordt dit gesprek gevoerd in relatie met de opname?
- Wie is bij het VZP-gesprek aanwezig?
- Wordt dit gesprek herhaald en wanneer wordt dit gesprek herhaald?

Een VZP-gesprek werd in de begeleidende brief als volgt gedefiniëerd:

“Het eerste gesprek met een bewoner in het woonzorgcentrum, waarbij minstens 2 personen aanwezig zijn, waarin visie voor de toekomstige zorg en beslissingen rond het levenseinde worden besproken met een dynamisch en op ieder moment omkeerbaar karakter.”

Dit onderwerp vat het beleid rond het voeren van de VZP-gesprekken in de onderzochte woonzorgcentra samen. Een tweede onderwerp bevraagt het plaatsvinden van een VZP-overleg tussen zorgverleners, directie, huisarts en familie. Ook het VZP-overleg werd als onderdeel van het beleid geïncorporeerd. Na een VZP-gesprek volgt best een VZP-overleg waarbij de huisarts is uitgenodigd. Men bespreekt in groep samen met de bewoner, familie en zorgverleners wat er besproken is in het VZP-gesprek, vat dit samen en noteert eenduidige conclusies in het dossier [44]. Een VZP-overleg werd in de begeleidende brief als volgt gedefiniëerd:

“Een overleg waarbij minstens 3 personen aanwezig zijn, waarin de wensen en noden van de bewoner multidisciplinair worden besproken, en waarbij notities gemaakt worden om deze wensen en noden te documenteren.”

Een eensluidende visie rond VZP vanuit het woonzorgcentrum wordt daarna bevraagd (en het geven van een samenvatting van de hoofdpunten van deze visie). Bij het ontwikkelen van een beleid rond VZP wordt er vanuit gegaan dat de beleidsmakers eerst een visie hebben op het te behandelen onderwerp [32].

Een visie betreffende VZP werd in de begeleidende brief als volgt gedefiniëerd:

“Een weloverwogen mening over vroegtijdige zorgplanning en hoe zich die zou moeten ontwikkelen in het woonzorgcentrum.”

Het beleid van een woonzorgcentrum omtrent VZP werd in de begeleidende brief als volgt gedefiniëerd:

“Het aangeven van de richting en de middelen waarmee men gestelde doelen rond vroegtijdige zorgplanning wil gaan realiseren in een woonzorgcentrum.”

Er wordt ook bevraagd welke personen of instanties deze visie ontwikkelden. In een vierde onderwerp wordt de verantwoordelijkheid voor VZP binnen het woonzorgcentrum bevraagd: wie is verantwoordelijk, welke functie heeft deze persoon, heeft deze persoon opleiding gevolgd hieromtrent? Het al dan niet betrekken van de huisartsen in de ontwikkeling van visie en beleid wordt nagevraagd. Een kleine vraag over welke informatie wordt meegegeven bij ziekenhuisopname wordt geïncludeerd om de relatie woonzorgcentrum – ziekenhuis te onderzoeken. Deze vraag werd geïncludeerd omwille van het brede uitgangspunt waarin het beleid voor VZP wordt gezien in dit onderzoek. Een vijfde onderwerp bevraagt het documenteren van beslissingen rond het levenseinde.

Een derde hoofdstuk handelt enkel over de communicatie met de bewoner, familie en zorgverleners. Er wordt gevraagd of er gecommuniceerd wordt over het VZP-beleid en op welke manier deze communicatie vorm krijgt. Ook de verantwoordelijke persoon voor de communicatie wordt bevraagd.

De vragenlijst én een begeleidende brief werden naar ieder afzonderlijk woonzorgcentrum gestuurd op 19 augustus 2013. Er was een voorgefrankeerde en voorgeadresseerde enveloppe voorzien. Anderhalve maand na de initiële versturing van de vragenlijst (9 oktober 2013) werden de ‘non-responders’ gecontacteerd via e-mail om alsnog de vragenlijst in te vullen en terug te sturen via de post of via e-mail. Op 30 oktober 2013 werd een laatste herinneringsmail verstuurd naar de ‘non-responders’.

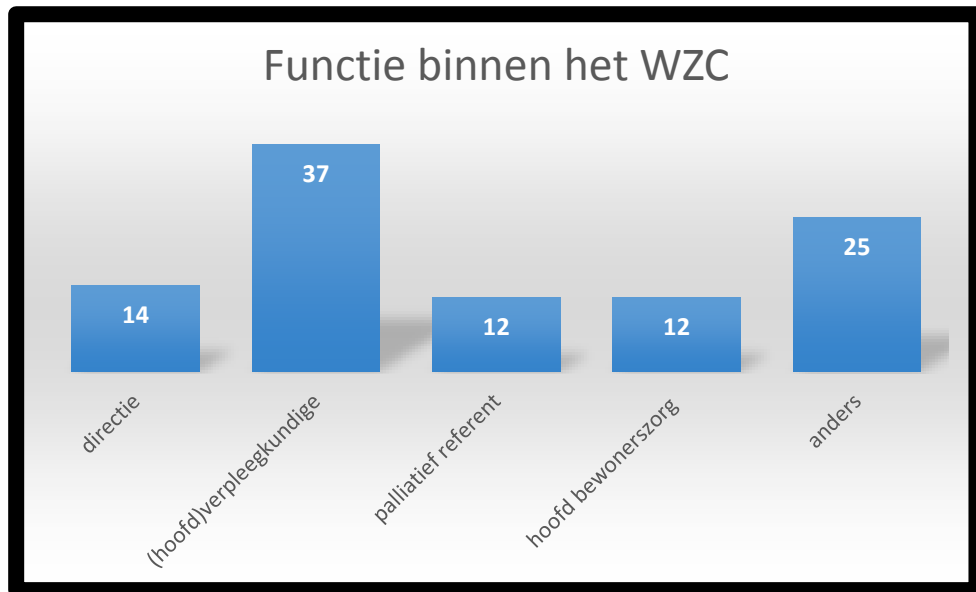
### III. Resultaten

#### *Respons rate*

Er werden 193 woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen geïncludeerd in dit onderzoek. Na de eerste versturing met de vragenlijsten werden 58 vragenlijst terug bezorgd (binnen anderhalve maand). De responsratio na de eerste versturing was 30%. Eén vragenlijst werd niet bezorgd omdat het woonzorgcentrum geen post meer ontving op het ingevulde adres. Er werd daarom een e-mail naar dit woonzorgcentrum gestuurd. Na het versturen van de vragenlijsten via e-mail naar de non-responders werden nog eens 26 vragenlijsten terug bezorgd, wat een extra responsratio van 14% opleverde. Na een tweede herinnering via e-mail werden nog 13 vragenlijsten ontvangen (extra responsratio van 6%). De totale responsratio van het onderzoek bedraagt 50% (97 vragenlijsten).

#### *Invullen van de vragenlijst*

De functie binnen het WZC van de persoon die de vragenlijst invulde werd telkens nagevraagd. Uit de resultaten blijkt dat 37% verpleegkundigen of hoofdverpleegkundigen zijn. 14% van de vragenlijsten werden ingevuld door een lid van de directie, 12% werden ingevuld door een palliatief referent(e) en 12% werden ingevuld door het hoofd van bewonerszorg. In 25% van de vragenlijsten hadden de personen een andere functie waaronder kwaliteitscoördinator, dagelijks verantwoordelijke, maatschappelijk assistent, .... De data worden weergegeven in Figuur 1.



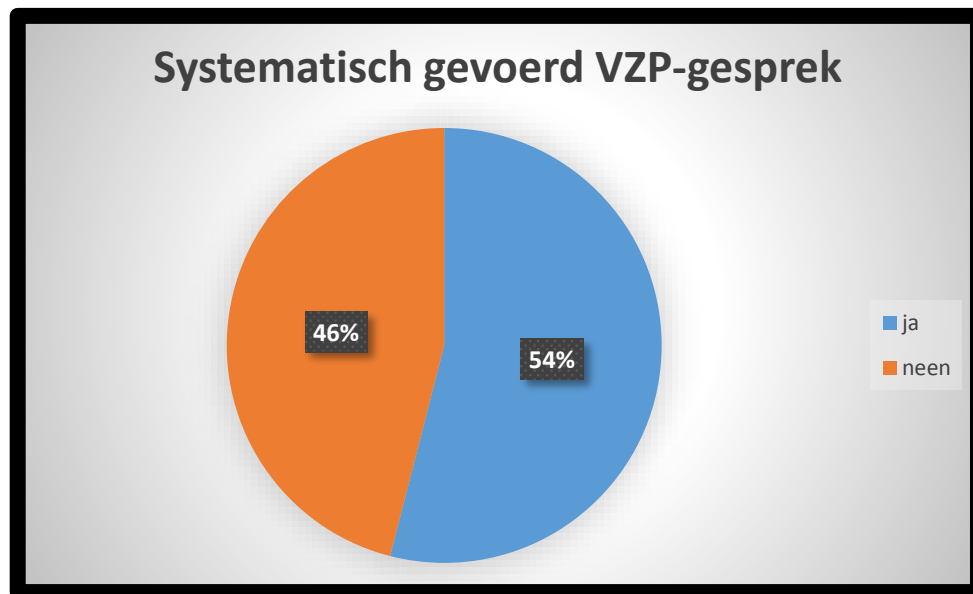
Figuur 1: Kolomdiagram met percentage functie van de persoon die de vragenlijst invulde

### Eerste luik: het gesprek over vroegtijdige zorgplanning

Het eerste luik van de vragenlijst be vraagt het beleid betreffende het initiële gesprek met de bewoner rond VZP:

- 1. Wordt er systematisch bij iedere bewoner een gesprek over vroegtijdige zorgplanning gevoerd in het woonzorgcentrum?**

Ongeveer 54% van de woonzorgcentra voeren reeds systematisch een VZP-gesprek bij iedere bewoner in het woonzorgcentrum. Er wordt in 46% van de ondervraagde woonzorgcentra geen systematisch VZP-gesprek gevoerd. De meeste woonzorgcentra die geen systematisch VZP-gesprek voeren vermelden expliciet er mee bezig te zijn of in de opstartfase te zitten. De data worden weergegeven in Figuur 2.

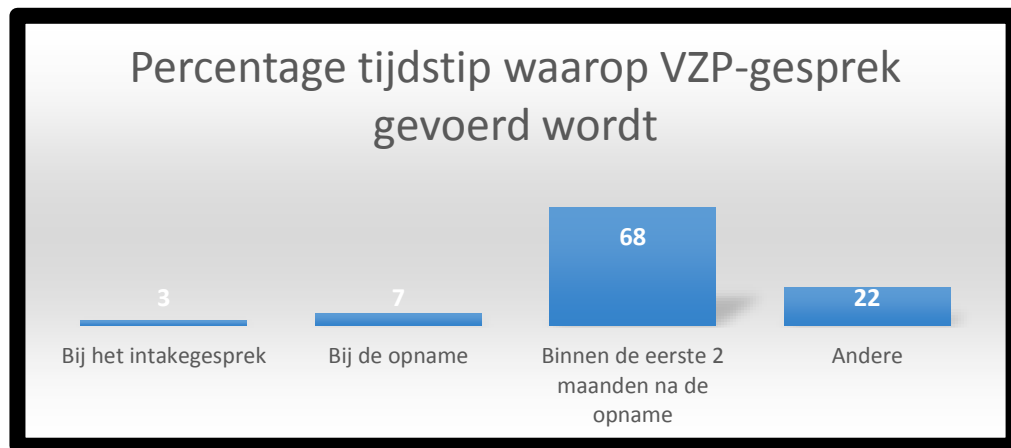


*Figuur 2: Cirkeldiagram die het percentage woonzorgcentra weergeeft die systematisch een VZP-gesprek met iedere bewoner voeren.*

**2. Indien ja, wanneer – in relatie tot de opname van de bewoner – wordt dit gesprek meestal gevoerd?**

In 3% van de woonzorgcentra wordt het VZP-gesprek bij het intakegesprek gevoerd. In 7% van de woonzorgcentra wordt direct bij opname het VZP-gesprek gevoerd. In het overgrote merendeel (68%) van de woonzorgcentra wordt dit gesprek ergens binnen de eerste 2 maanden na opname gevoerd, maar niet bij de opname of bij het intakegesprek. 22% van de woonzorgcentra had een ander tijdstip voor het voeren van dit gesprek. De data worden weergegeven in Figuur 3.

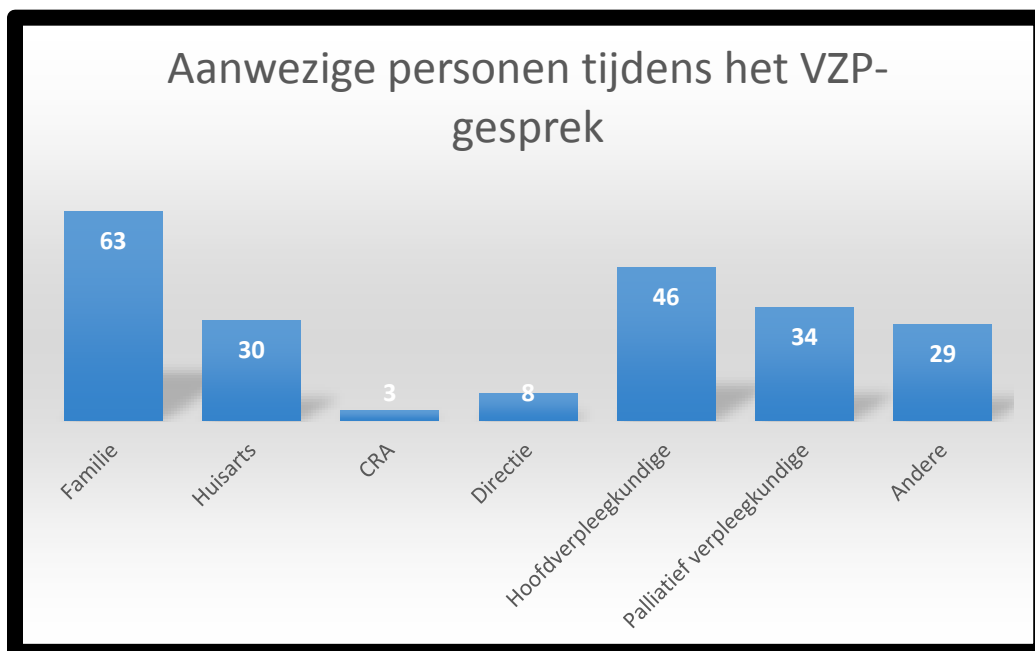




Figuur 3: Kolomdiagram: het tijdstip waarop een VZP-gesprek gevoerd wordt

### 3. Indien ja, wie zijn tijdens het gesprek met de bewoner aanwezig ?

Bij deze vraag waren meerdere antwoordmogelijkheden in te vullen. In de onderstaande grafiek staan de percentages van de aanwezige personen tijdens het VZP-gesprek. In 63% van de VZP-gesprekken wordt de familie betrokken, in 46% de hoofdverpleegkundige, in 34% de palliatief verpleegkundige en in 30% de huisarts. De data worden weergegeven in Figuur 4.

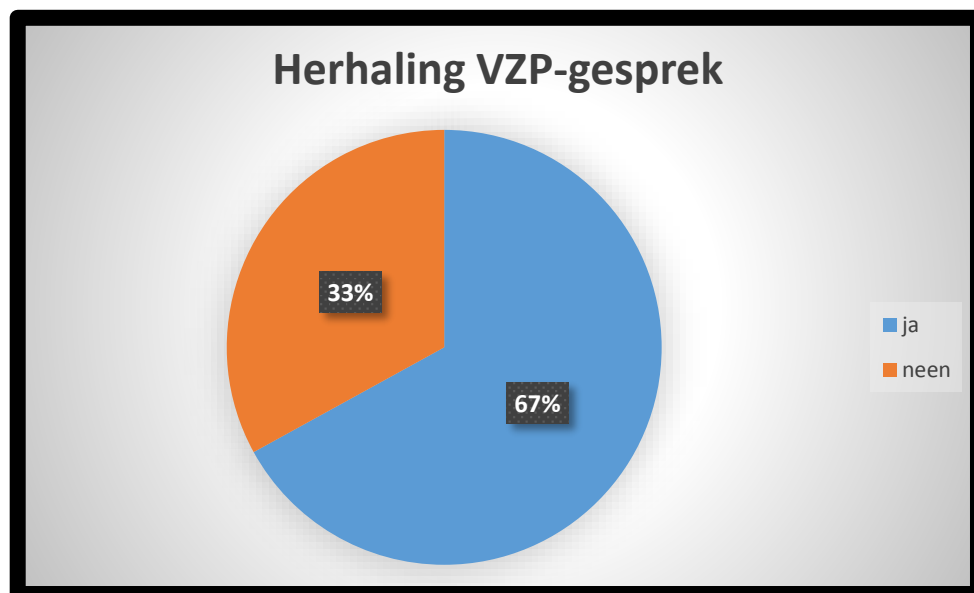


Figuur 4: Kolomdiagram met het percentage aanwezige personen tijdens het VZP-gesprek

## Tweede luik: herhaling VZP-gesprek, VZP-overleg en visie

### 1. Wordt dit gesprek over vroegtijdige zorgplanning in de loop van de opname van de bewoner herhaald?

Om het VZP-proces ook op langere termijn te evalueren wordt deze vraag gesteld in de vragenlijst. Twee derde (67%) van de woonzorgcentra herhalen daadwerkelijk het VZP-gesprek. Een derde (33%) herhaalt dit gesprek niet, of voerde geen systematisch gesprek met de bewoners. De herhaling van dit VZP-gesprek vindt in de ondervraagde woonzorgcentra op verschillende momenten plaats. De data worden weergegeven in Figuur 5.

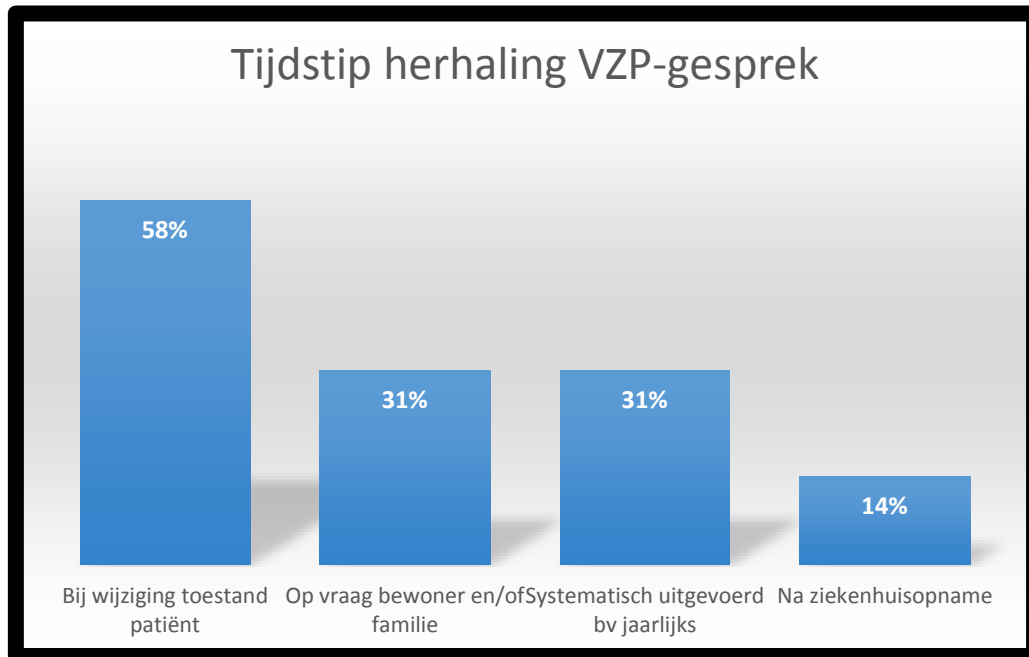


Figuur 5: Cirkeldiagram: wordt het VZP-gesprek herhaald?

### 2. Indien ja, op welk(e) moment(en) tijdens de opname van de bewoner wordt dit gesprek herhaald?

In de vragenlijst was dit een open vraag. In Excel werden descriptieve thema's opgesteld en werd de frequentie ervan bepaald. Dit werd uitgezet in functie van het aantal woonzorgcentra die systematisch het VZP-gesprek herhaalden. Verandering van de algemene toestand van de bewoner werd in 58% van de gevallen als reden om het VZP-gesprek te herhalen genoteerd. In 31% van de gevallen werd ook de vraag van de bewoner en/of familie of systematisch herhalen van het gesprek, genoteerd.

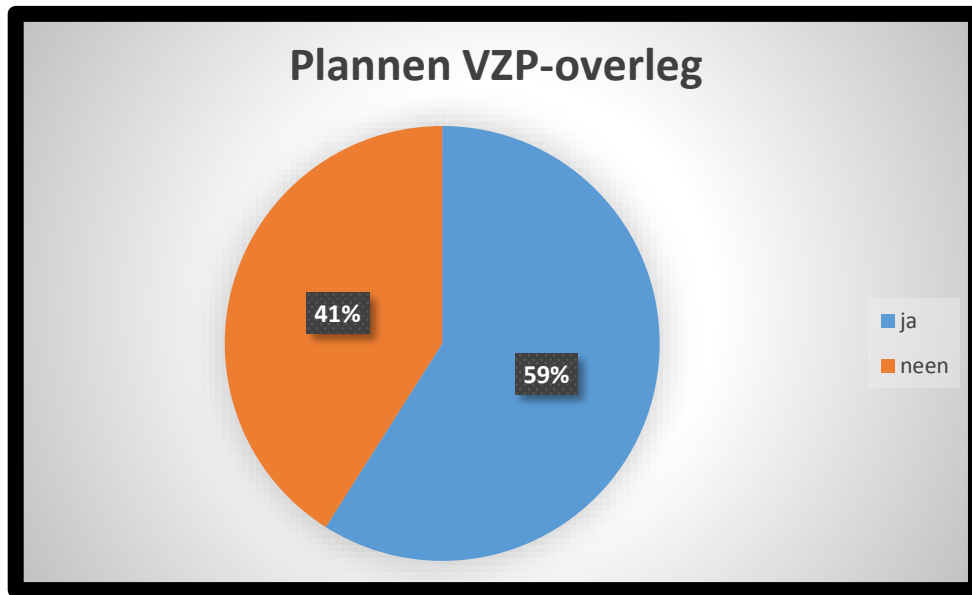
Een ziekenhuisopname kwam in 14% van de gevallen voor als reden om het gesprek te herhalen. De data worden weergegeven in Figuur 6.



*Figuur 6: Kolomdiagram met frequenties van het tijdstip waarop het VZP-gesprek herhaald werd.*

### **3. Wordt er – naar aanleiding van een VZP gesprek – een multidisciplinair VZP-overleg tussen de zorgverleners van het WZC gepland?**

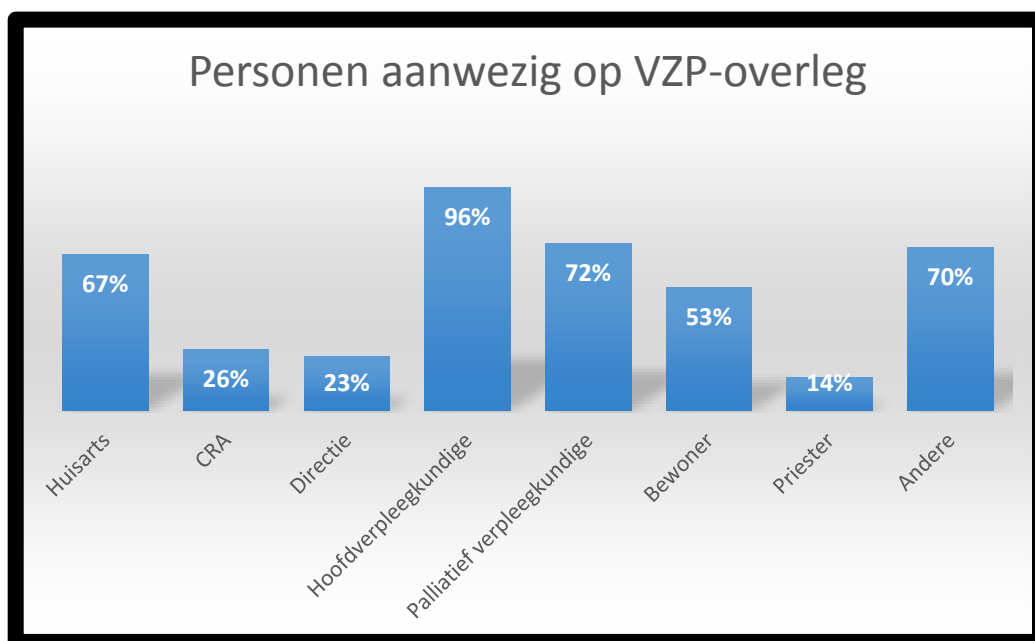
In de meerderheid van de woonzorgcentra (59%) wordt naar aanleiding van een VZP-gesprek ook een multidisciplinair overleg gepland rond de toekomstige zorg van de bewoner. 41% van de woonzorgcentra geven aan dit overleg niet te plannen. De data worden weergegeven in Figuur 7.



Figuur 7: Cirkeldiagram met het percentage WZC die een VZP-overleg plannen.

#### 4. Indien ja, wie is op dit VZP- overleg aanwezig?

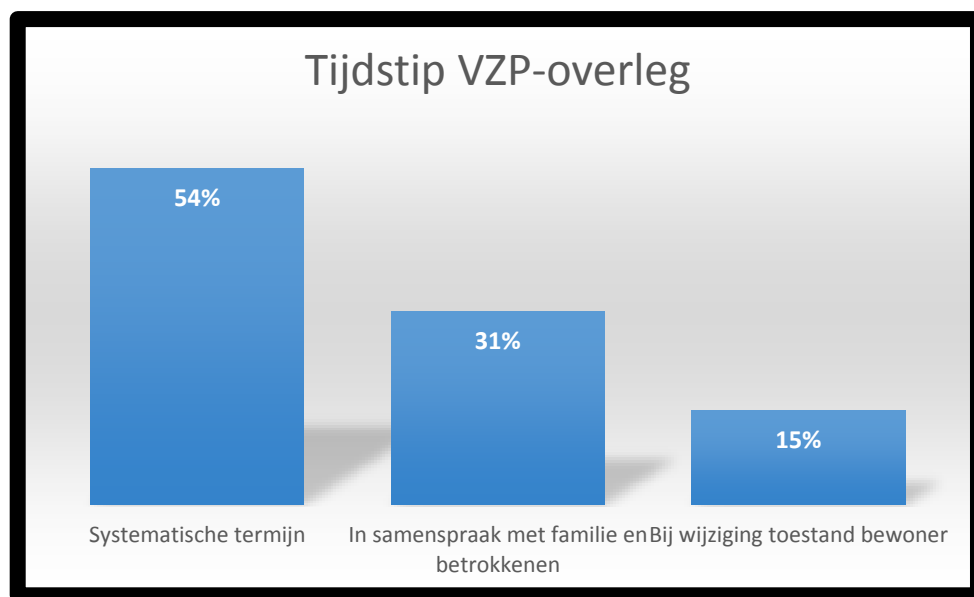
Meerdere antwoorden waren hier mogelijk, er werd een lijst van opties voorzien. De hoofdverpleegkundige en palliatief verpleegkundige waren de meest aanwezige personen op dit overleg (respectievelijk 96% en 72%). Voor 70% werden zelf personen ingevuld waarvan familie, ergo en kiné het vaakst voorkwamen. De huisarts werd in 67% van de overleggen betrokken. De data worden weergegeven in Figuur 8.



Figuur 8: Kolomdiagram met frequenties van de personen aanwezig op het VZP-overleg.

### 5. Indien ja, wanneer wordt dit VZP overleg gepland in relatie tot het gevoerde VZP gesprek?

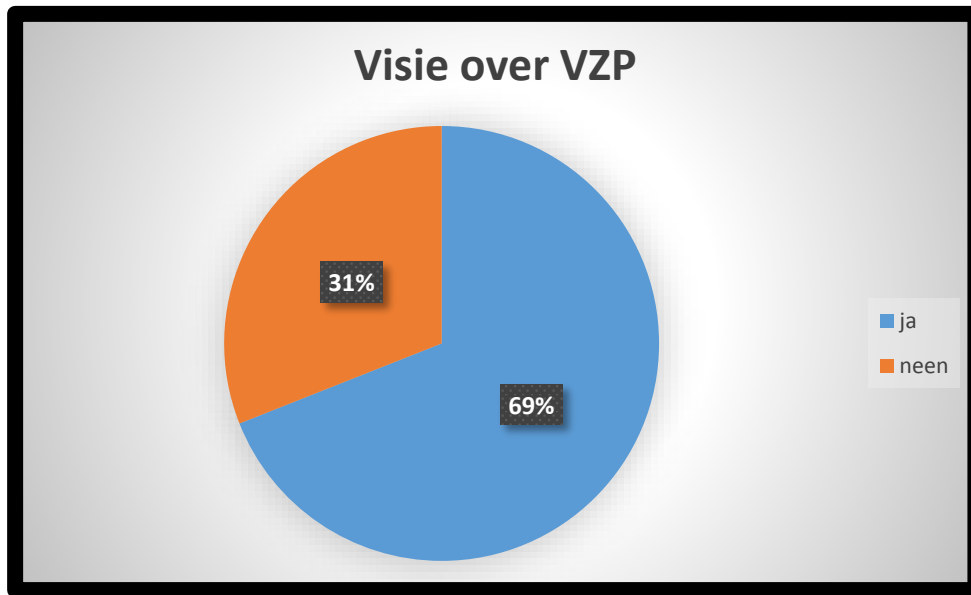
Dit was een open vraag in de vragenlijst. Deze vraag werd zeer heterogeen ingevuld. Er werden opnieuw beschrijvende thema's in Excel opgesteld. De antwoorden werden aan één van de volgende drie categorieën toegekend en het percentage van de frequentie werd uitgezet in de Figuur 9. De eerste categorie is een systematische termijn waarop het VZP-gesprek werd gevoerd: bijvoorbeeld tijdens een multidisciplinair overleg die maandelijks plaats vond, na exact een jaar na het VZP-gesprek,... 54% van de VZP-overleggen werden systematisch gepland na een bepaalde tijd. Dit tijdstip was zeer heterogeen. 46% van de VZP-overleggen werden dus niet systematisch gepland: 31% werd gepland in samenspraak met familie en betrokkenen, 15% werd gepland bij wijziging van de toestand van de bewoner. De data worden weergegeven in Figuur 9.



Figuur 9: Kolomdiagram met frequenties van het tijdstip waarop het VZP-overleg plaats vond

### 6. Bestaat er in het woonzorgcentrum een – al dan niet uitgeschreven – visie met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning?

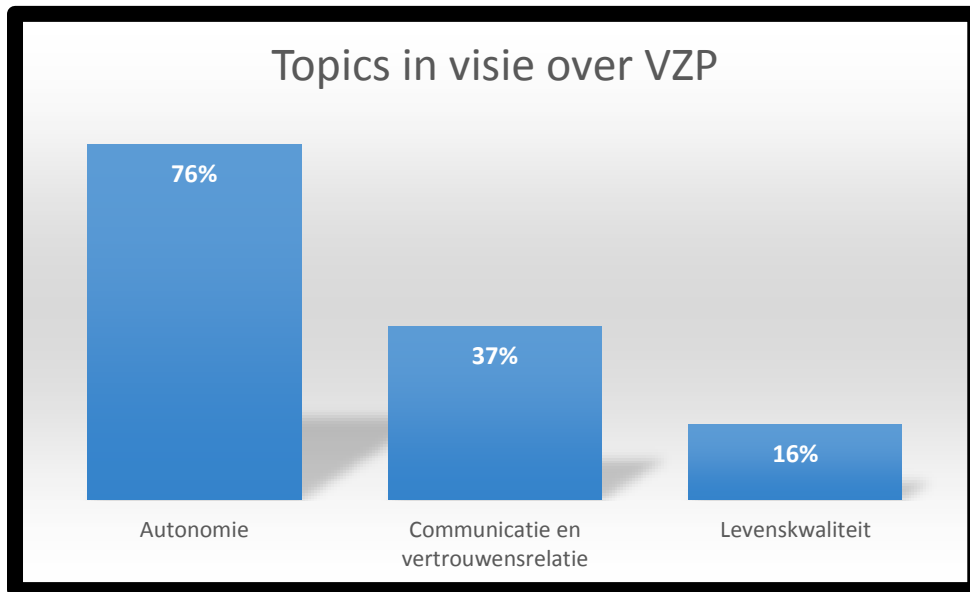
Er werd in 69% van de woonzorgcentra aangegeven dat er een visie bestaat over VZP. 31% van de woonzorgcentra vermeldden geen visie op VZP. Dit wordt weergegeven in Figuur 10.



*Figuur 10: Cirkeldiagram met het percentage van de woonzorgcentra met een al dan niet uitgeschreven visie over VZP.*

#### **7. Indien ja, kunt u de hoofdpunten geven van deze visie?**

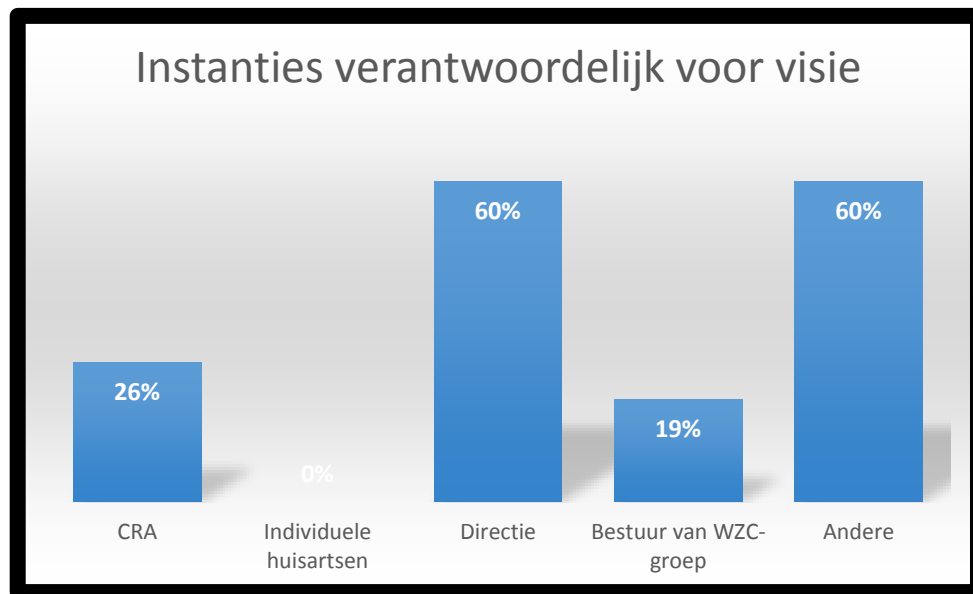
Dit betrof een open vraag in de vragenlijst. Meerdere antwoorden waren dus mogelijk. De verschillende antwoorden werden in categorieën onderverdeeld in Excel. Er werden drie categorieën gemaakt in functie van de antwoorden: vermelding van autonomie (de persoonlijke keuzes van de bewoner respecteren als instelling), wederzijdse communicatie tussen de bewoner/familie en zorgverleners over de toekomstige zorg voor de bewoner en het optimaliseren van de levenskwaliteit van de bewoner in de laatste levensfase. De antwoorden kaderden het vaakst in deze 3 categorieën. Andere categorieën werden niet opgesteld. Antwoorden met betrekking tot andere visie werden niet meegeteld omdat ze te weinig frequent voorkwamen of omdat de vraag niet juist werd beantwoordt. Het percentage van de hoofdpunten van de visie wordt weergegeven in Figuur 11. In 76% van de visieteksten kwam het recht op autonomie aan bod, in 37% werd de wederzijdse communicatie en vertrouwensrelatie met de bewoner aangehaald en in 16% stond ook de levenskwaliteit van de bewoner voorop.



*Figuur 11: Kolomdiagram met frequentie van topics binnen de visieteksten over VZP*

#### **8. Indien ja, van wie of welke instantie gaat deze visie uit?**

Ook hier waren meerdere antwoorden mogelijk. In Excel werd een frequentietabel opgemaakt, en er werd een grafiek opgesteld met de percentages ten opzichte van het aantal WZC met een visie over VZP. Vaakst werd de directie (60%) en andere (60%) vermeldt als verantwoordelijke instantie voor de visie. Het vaakst voorkomende vrij ingevulde antwoord was: de palliatieve werkgroep: 74% van de ingevulde vragenlijsten die E antwoorden, gebruikten dit antwoord. Andere antwoorden waren: verpleegkundig team (14%), maatschappelijk werker (5%) en kwaliteitscoördinator (14%). De data worden weergegeven in Figuur 12.



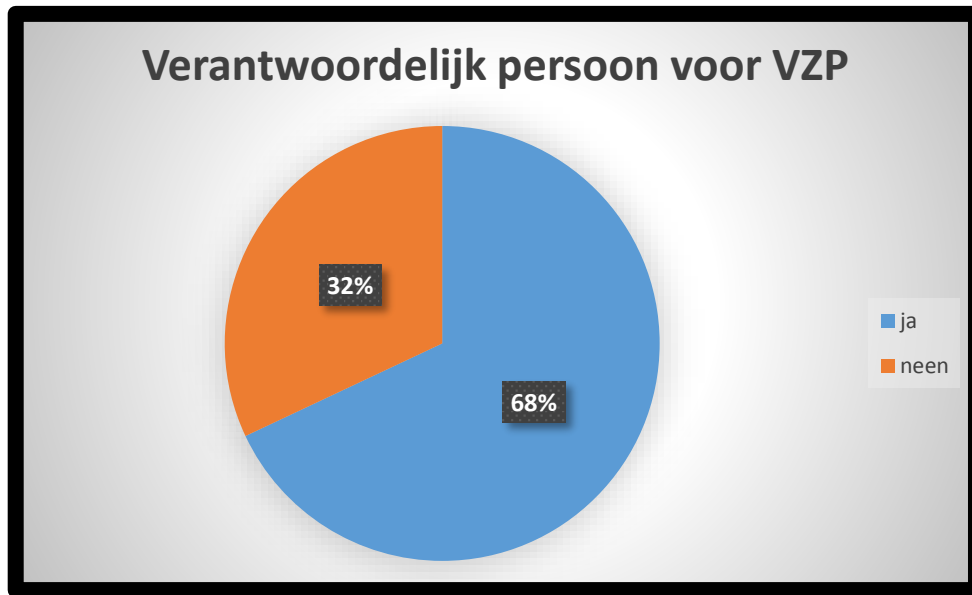
*Figuur 12: Kolomdiagram met percentages van de instanties verantwoordelijk voor de visie*

### **Derde luik: verantwoordelijke VZP en medewerking huisartsen**

- 1. Is er in het woonzorgcentrum 1 centrale figuur aangesteld die de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de vroegtijdige zorgplanning op zich neemt?**

Meer dan twee derde van de woonzorgcentra (68%) geven aan een verantwoordelijk persoon of instantie te hebben die zich specifiek met VZP bezighoudt. 32% van de woonzorgcentra heeft niemand hiervoor aangesteld. De data worden weergegeven in Figuur 13.

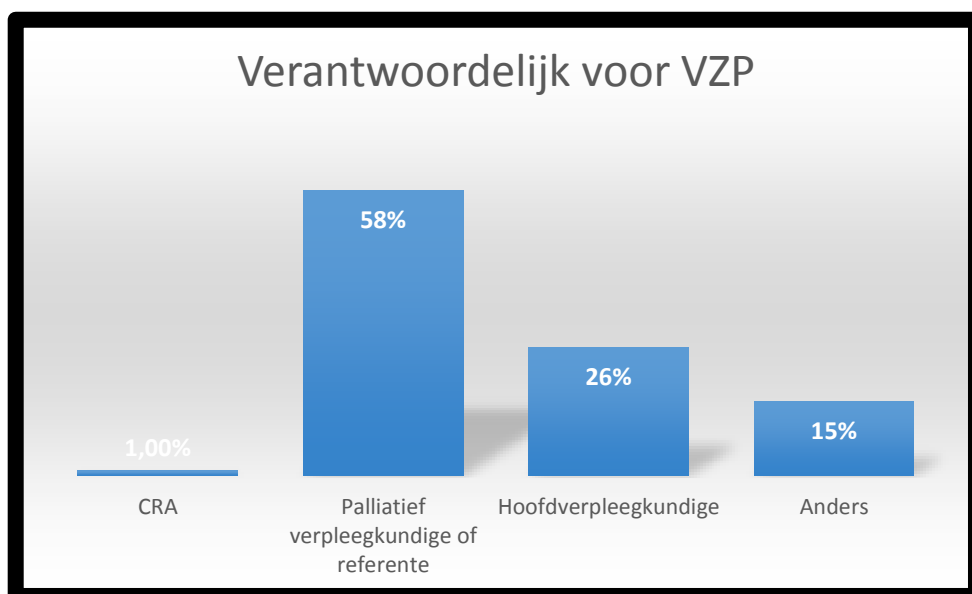




Figuur 13: Cirkeldiagram met percentages van woonzorgcentra met een verantwoordelijk persoon

**2. Indien ja, welke functie bekleedt deze persoon (palliatief verpleegkundige, CRA, ...) binnen het woonzorgcentrum?**

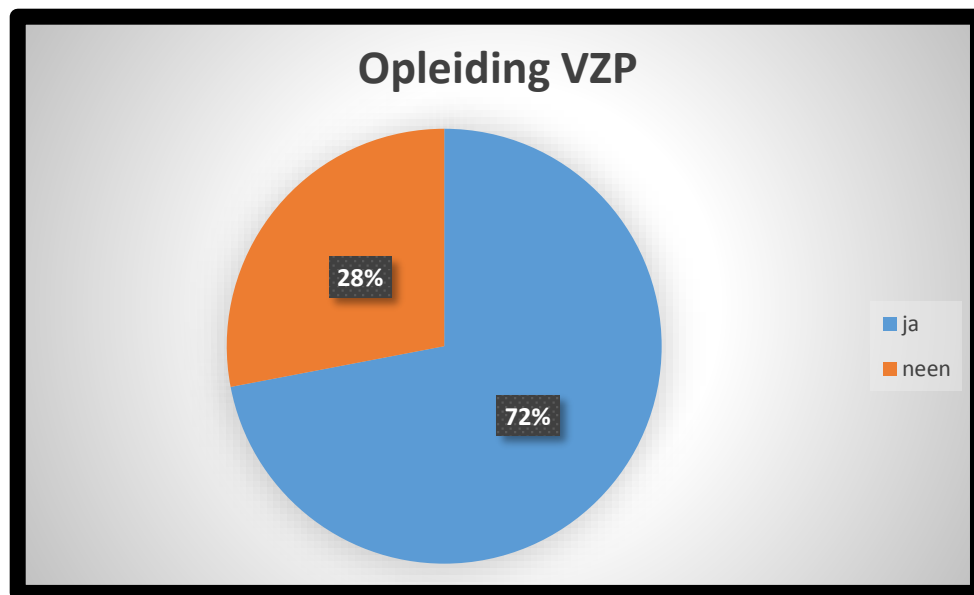
In de meerderheid van de woonzorgcentra (58%) was er een palliatief verpleegkundige of palliatief referent aanwezig die de verantwoordelijkheid voor VZP op zich nam. In een minderheid (26%) was dit de hoofdverpleegkundige van de dienst. 15% woonzorgcentra gaven een andere persoon aan die verantwoordelijk was voor VZP: maatschappelijk werker (40%), verpleegkundige (18%), lid van de directie (18%), kiné (8%), opnameverantwoordelijke (8%) en lid van het animatieteam (8%). De data worden weergegeven in Figuur 14.



Figuur 14: Kolomdiagram: functie van de persoon verantwoordelijk voor VZP

### 3. Indien ja, heeft deze persoon hieromtrent specifieke opleiding genoten?

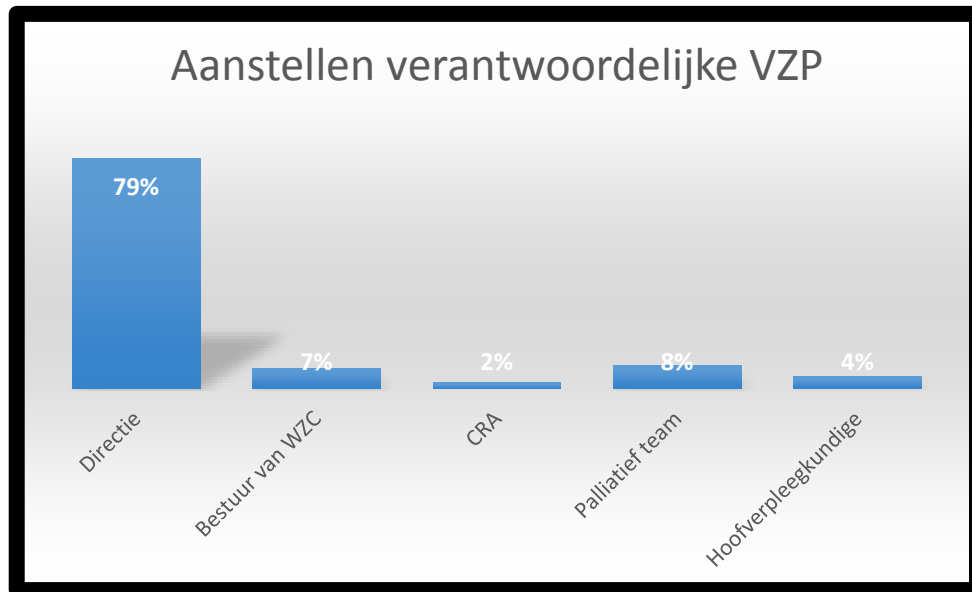
Meer dan twee derde (72%) van de woonzorgcentra geeft aan dat de persoon die verantwoordelijk is voor VZP in het woonzorgcentra specifieke opleiding heeft genoten in dit vakgebied. Slechts een minderheid geeft aan dat dit niet het geval is. De data worden weergegeven in Figuur 15.



Figuur 15: Cirkeldiagram met percentages verantwoordelijken die opleiding rond VZP genoten

### 4. Indien ja, door wie of welke instantie werd deze persoon aangesteld?

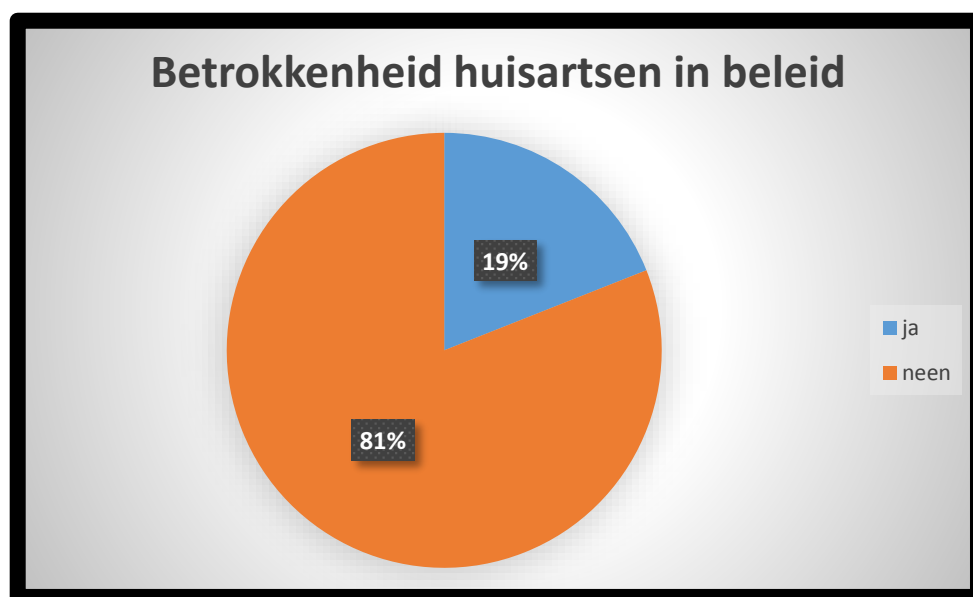
In 79% van de woonzorgcentra stelt een lid van de directie de verantwoordelijke voor VZP aan. Het palliatief team (8%) en het bestuur van het woonzorgcentrum (7%) doen dit in een minderheid. De data worden weergegeven in Figuur 16.



Figuur 16: Kolomdiagram: verantwoordelijke instantie voor het aanstellen VZP-verantwoordelijke

#### 5. Werden de individuele huisartsen van bij het begin bij de ontwikkeling van de visie betreffende VZP actief betrokken?

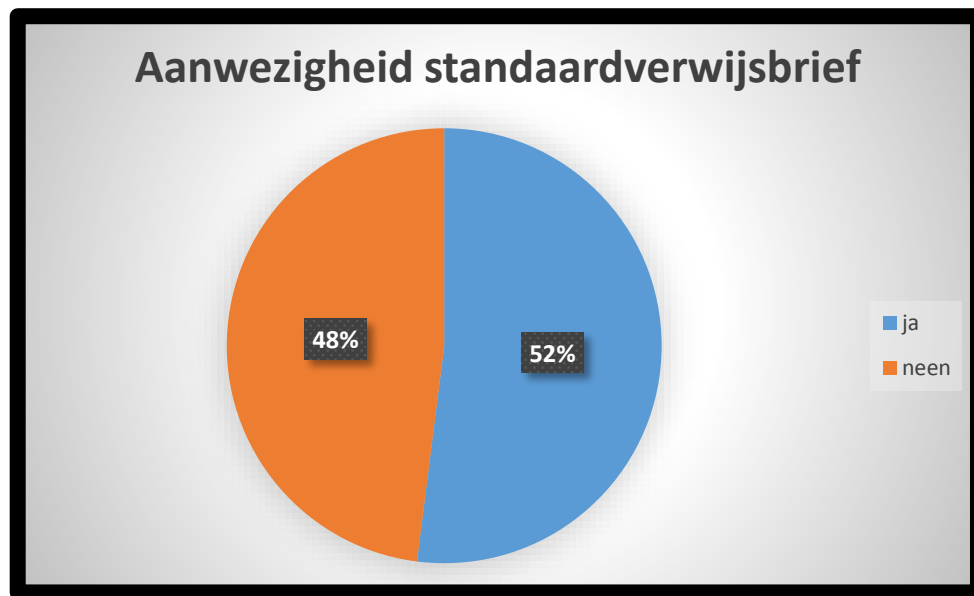
In 81% van de woonzorgcentra werden de individuele huisartsen niet betrokken bij het opstarten van het beleid voor VZP. De meest vernoemde reden was desinteresse bij de individuele huisartsen zelf en de moeilijke bereikbaarheid van elke afzonderlijke huisarts. De data worden weergegeven in Figuur 17.



Figuur 17: Cirkeldiagram: betrokkenheid van de huisartsen in de beleidsvorming

**6. Is er – in het kader van vroegtijdige zorgplanning – een standaard verwijsbrief die met de patiënt wordt meegegeven bij opname in het ziekenhuis?**

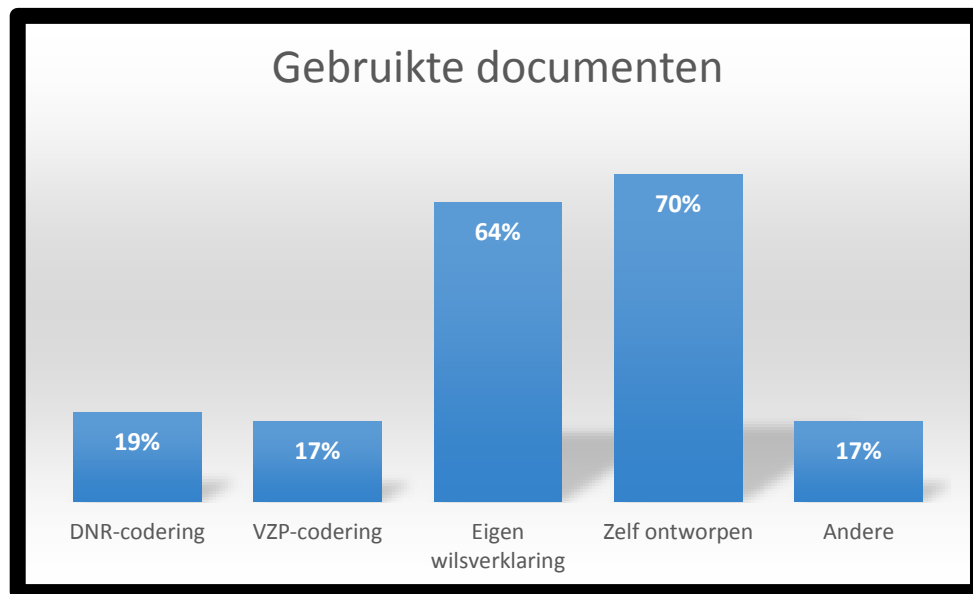
In ongeveer de helft van de woonzorgcentra (52%) wordt een standaard verwijsbrief meegegeven bij opname in het ziekenhuis. In de meeste gevallen gaat het om een kopie van een wilsverklaring, of kopie van een eigen VZP-document. De data worden weergegeven in Figuur 18.



*Figuur 18: Cirkeldiagram: standaardverwijsbrief voor het ziekenhuis*

**7. Op welke manier worden de wensen van de bewoners rondom het levenseinde gedocumenteerd?**

Meerdere antwoorden waren hier mogelijk. De meest gebruikte documenten waren de eigen wilsverklaring (56 WZC of 64%) en de zelf ontworpen documenten (62 WZC of 70%). DNR en VZP-coderingen werden minder vaak gebruikt (respectievelijk 19 en 17%). De resultaten worden weergegeven in Figuur 19.

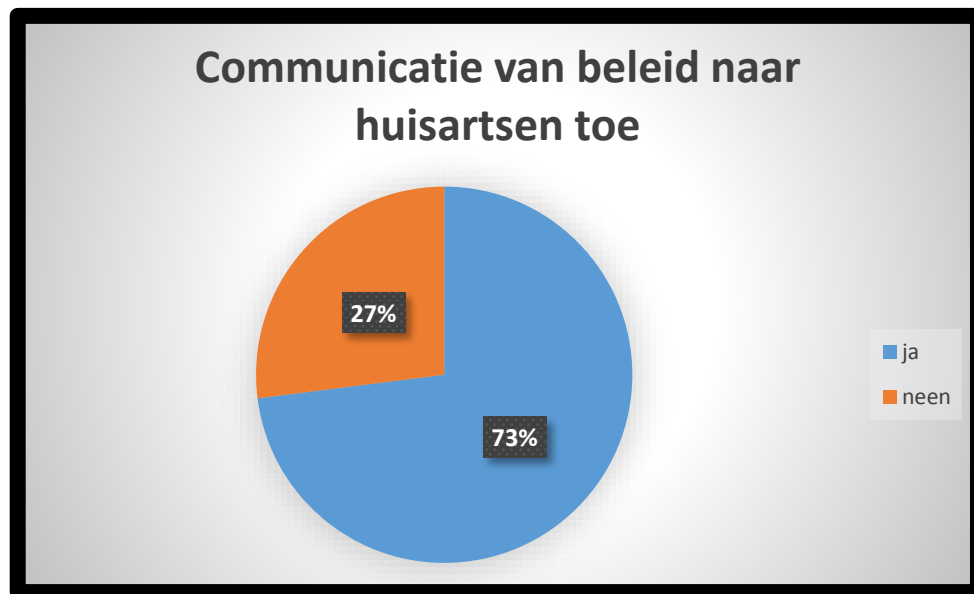


*Figuur 19: Kolomdiagram: gebruikte documenten bij VZP*

#### ***Vierde luik: communicatie met artsen, zorgverstrekkers en familieleden***

##### **1. Worden de individuele huisartsen op de hoogte gebracht van het beleid van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning?**

Het beleid over VZP binnen een WZC zou voor de goede gang van zaken gecommuniceerd moeten worden aan degenen die er baat bij hebben of er op professionele wijze mee in aanraking komen. Daarbij horen in eerste instantie de individuele huisartsen die dagdagelijks instaan voor de zorgen van hun patiënt. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer drie kwart (73%) van de woonzorgcentra de individuele huisartsen op een of andere manier inlicht over hun visie en beleid op VZP. Eén vierde van de woonzorgcentra doen dit niet. In de vragenlijst werd na deze vraag ook de reden nagevraagd. Bij nader inzien werd deze vraag niet bij de resultaten gerekend omdat de vraagstelling te voor de hand liggend was. De resultaten worden weergegeven in Figuur 20.



*Figuur 20: Cirkeldiagram met het percentage WZC die hun beleid communiceren met de huisartsen*

## **2. Wordt het personeel op de hoogte gebracht van het beleid van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning?**

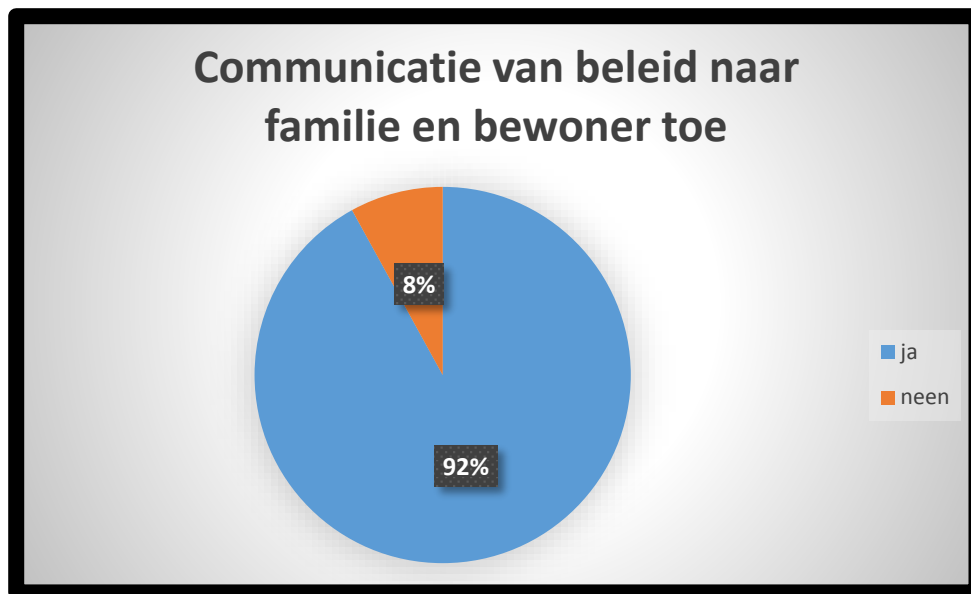
Naast het informeren van de individuele huisartsen is het informeren van het eigen personeel een must bij het opstellen van een eigen beleid rond VZP. In de vragenlijst werd nagevraagd of het personeel hieromtrent op één of andere manier wordt geïnformeerd. In 94% van de woonzorgcentra werd het eigen personeel zorgvuldig het beleid uit de doeken gedaan. 6% van de woonzorgcentra had het eigen personeel nog niet ingelicht over het VZP beleid. De resultaten worden weergegeven in Figuur 21.



*Figuur 21: Cirkeldiagram met percentage WZC die systematisch het personeel informeert over het VZP-beleid.*

### **3. Worden de bewoners en hun familie op de hoogte gebracht van het beleid van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning?**

Naast de individuele huisartsen en het eigen personeel informeren, is het uitermate belangrijk ook familieleden en de bewoner op de hoogte te stellen van het VZP-beleid binnen een WZC. In 92% van de WZC wordt de familie en de bewoner op één of andere manier (schriftelijk dan wel mondeling) geïnformeerd over het beleid. De resultaten zijn weergegeven in Figuur 22.



Figuur 22: Cirkeldiagram: is er communicatie van het beleid naar de familie en de bewoner toe?

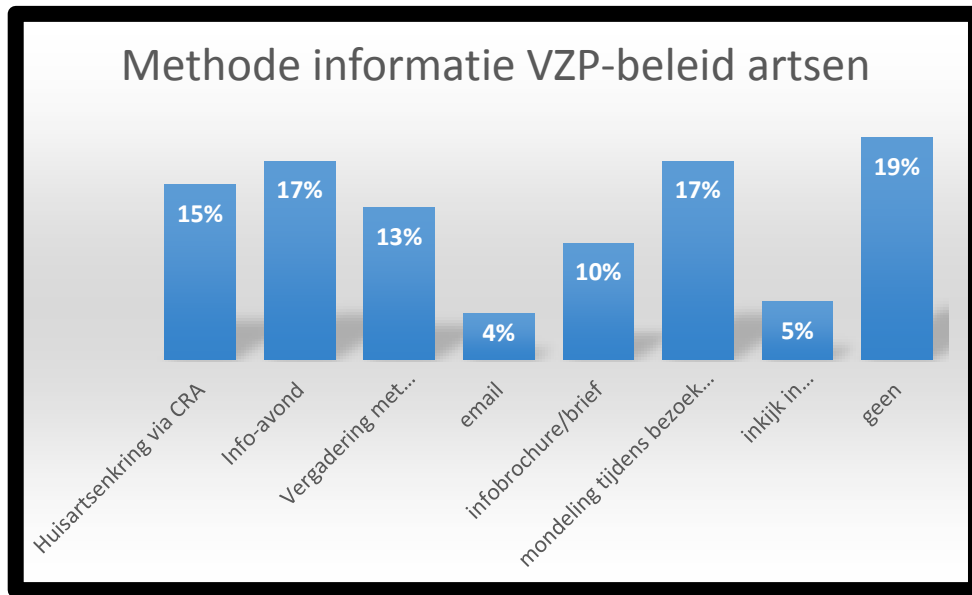
**4. Indien ja, op welke manier worden de bovenstaande personen hierover geïnformeerd (bv email, infobrochure, vergadering, info-avond,...)?**

De overdracht van informatie binnen het WZC kan onder verschillende vormen verlopen. Uit de resultaten blijkt een sterke heterogeniteit op dit vlak tussen de verschillende WZC.

**Methodes voor het informeren van de individuele artsen**

In 19% van de WZC was er geen communicatie van het beleid. De meest gebruikte methoden om de individuele artsen te informeren rond het VZP-beleid zijn het organiseren van een info-avond rond het beleid (17%), mondelinge informatie bij het bezoek van het WZC (17%) en informatie via de CRA in de huisartsenkring (15%). De resultaten staan weergegeven in Figuur 23.

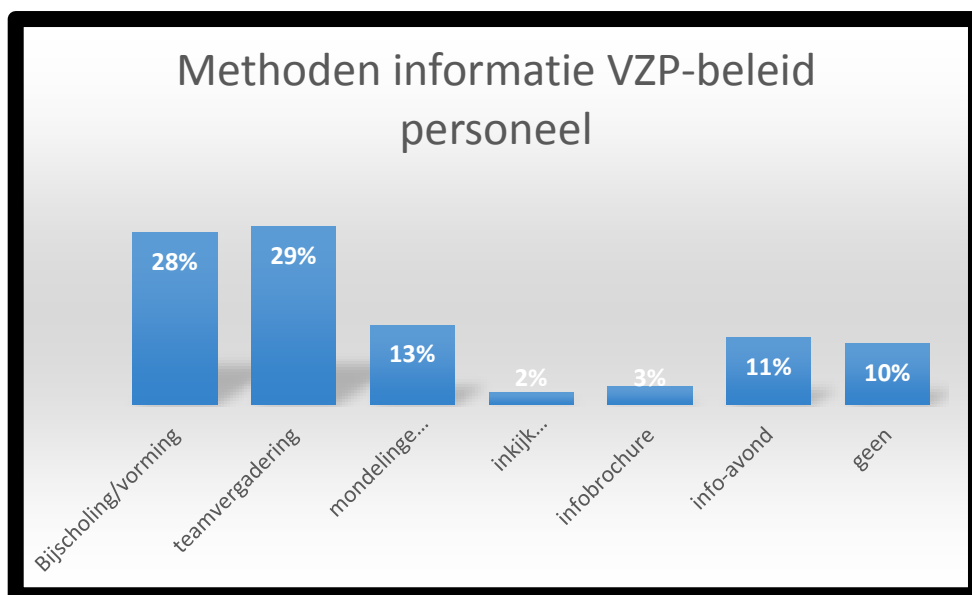




Figuur 23: Kolomdiagram met de methode voor informeren van de artsen.

### Methodes voor het informeren van het personeel

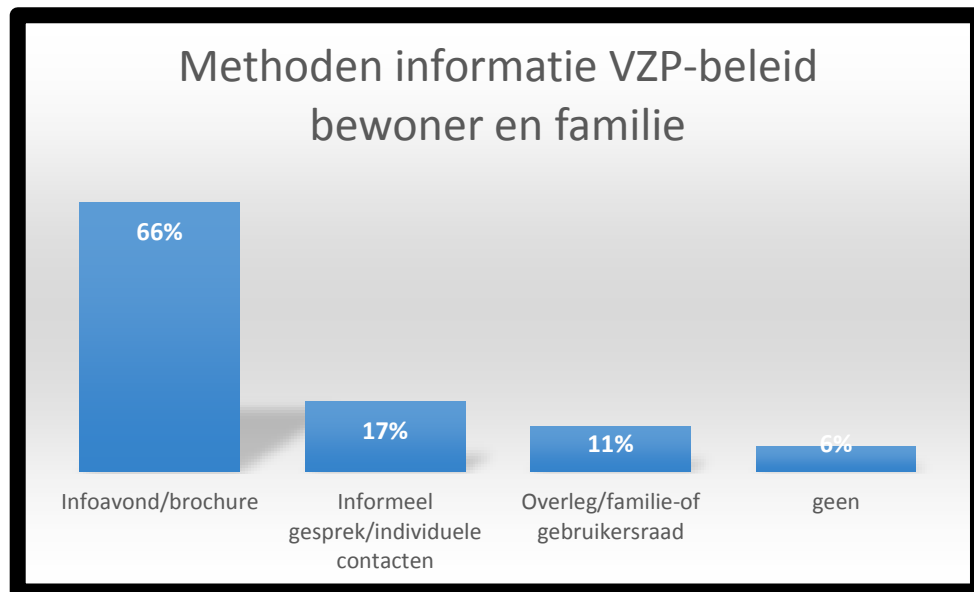
De meest gebruikte methodes om het personeel binnen het woonzorgcentrum te informeren over het eigen VZP-beleid is via teamvergaderingen (29%), via bijscholingen/vormingen (28%) en mondelinge overdracht tijdens de uren (13%). De data worden weergegeven in Figuur 24.



Figuur 24: Kolomdiagram met de methode van informeren van het personeel.

### Methodes voor het informeren van bewoner en familie

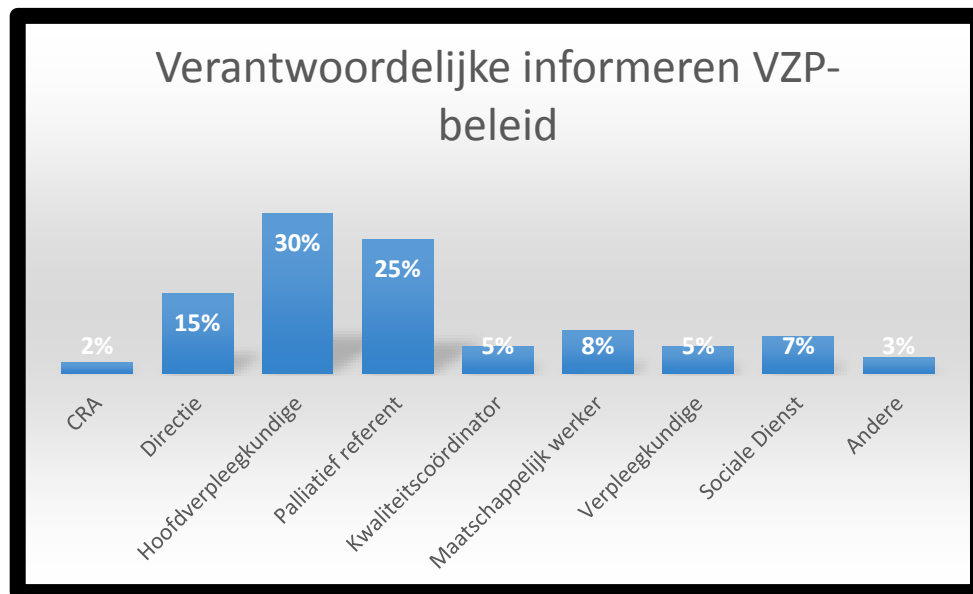
In twee derde van de woonzorgcentra worden de bewoner en de familie geïnformeerd via een speciaal ingerichte info-avond of een speciaal opgestelde infobrochure omtrent VZP. In een minderheid wordt het beleid en de visie informeel meegegeven tijdens gesprekken met de bewoner of de familie of tijdens een familie- of gebruikersraad (respectievelijk 17% en 11%). De data worden weergegeven in Figuur 25.



*Figuur 25: Kolomdiagram met percentage van elke methode om bewoner en familie te informeren rond VZP-beleid.*

### 5. Welke persoon of welke instantie is verantwoordelijk voor het communiceren van het beleid van het WZC betreffende VZP aan de bewoner, zijn familie en de zorgverleners?

Binnen het woonzorgcentrum wordt een persoon of instantie verantwoordelijk geacht voor het communiceren van het beleid naar huisartsen, personeel, bewoners en familie. In de ondervraagde woonzorgcentra blijkt dit het vaakst de hoofdverpleegkundige (30%) en palliatief referent(e) (25%) te zijn. Er werden veel verschillende antwoorden gegeven. Een overzicht is te zien in Figuur 26.



Figuur 26: Kolomdiagram: verantwoordelijke voor het informeren.

## IV. Discussie

Er kan een antwoord geformuleerd worden op de twee onderzoeksvragen (cfr. supra). Uit de resultaten blijkt dat de ondervraagde woonzorgcentra verschillen in hun beleidsvoering voor VZP. Er zijn verschillen op alle gebieden van de beleidsvoering. Ten eerste is er geen eenduidigheid over de praktische aanpak voor het VZP-gesprek (wie, hoe, wanneer). Ten tweede verschillen de WZC in visie over het beleid voor VZP. Ten derde verschillen de WZC in documenteren van VZP-beslissingen. De continuïteit met het ziekenhuis verschilt ook tussen de WZC. Daarnaast is de communicatie naar de huisartsen, personeel, bewoner en familie totaal verschillend. De beleidsvoering wordt niet altijd gecommuniceerd en de wijze waarop gecommuniceerd wordt is dan nog zeer verschillend.

In Vlaanderen werd de laatste jaren veel aandacht besteedt aan het opstellen van richtlijnen rond het implementeren van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. In opdracht van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen wordt momenteel geschreven aan een richtlijn voor vroegtijdige zorgplanning door experts [44] (hierna richtlijn 1 genoemd). In 2011 werd een draaiboek over vroegtijdige zorgplanning voor woonzorgcentra opgesteld door het palliatieve netwerk De Mantel [45] (hierna richtlijn 2 genoemd). Het vergelijken van de resultaten van deze masterproef met de aanbevelingen (van de proefversie) van deze richtlijnen is voor de praktijk van vroegtijdige zorgplanning zeer interessant: de richtlijnen formuleren aanbevelingen op basis van wetenschappelijke vragen en onderzoek, terwijl de resultaten van de masterproef de werkelijke praktijk in Oost- Vlaamse woonzorgcentra weergeeft.

### 1. Het gesprek over vroegtijdige zorgplanning

In richtlijn 1 wordt aanbevolen om als zorgverstrekker best zelf een gesprek over vroegtijdige zorgplanning te starten. De meeste patiënten gaan er van uit dat de arts het onderwerp aanbrengt. Daarnaast wordt aanbevolen om bij de chronisch zieke patiënt vroegtijdige zorgplanning te starten in een stabiele gezondheidstoestand. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt echter dat slechts iets meer dan de helft (54%) van de woonzorgcentra een gesprek initieert, op systematische wijze.

Een opname in een woonzorgcentra is volgens richtlijn 1 een belangrijk scharniermoment om een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning met de bewoner aan te gaan.

Er is geen aanbeveling rond het exacte tijdstip om dit gesprek te voeren. Richtlijn 2 beveelt aan dit gesprek na ongeveer 2 maanden verblijf te voeren: men kent de bewoner al even en een vertrouwensrelatie werd opgebouwd. Dit blijkt ook uit de resultaten van het onderzoek: 68% van de woonzorgcentra voert een gesprek binnen de eerste 2 maanden na de opname. Slechts 7% voert een gesprek bij de opname zelf, en 3% voert het gesprek tijdens een eerste intakegesprek. Het tijdstip van het VZP-gesprek staat dus niet vast, maar binnen de eerste 2 maand na de opname wordt er wel werk van gemaakt.

Beide richtlijnen bevelen aan een gesprek met de bewoner te voeren, en dit gesprek te herhalen met eventuele naasten. Er zijn geen aanbevelingen wie op dit gesprek aanwezig kan/moet zijn en wie het gesprek zal leiden. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat vooral familie en de hoofdverpleegkundige bij dit gesprek aanwezig zijn. Hoewel de patiënt vaak verwacht dat de arts zelf het initiatief neemt om het gesprek te voeren, is slechts een arts op drie tijdens dit gesprek aanwezig. Dit kan te wijten zijn aan tijdsgebrek, desinteresse of het tekort aan fundamentele tools bij artsen om VZP ter sprake te brengen of dit gesprek te leiden. Er is nood aan opleiding voor huisartsen rond het onderwerp 'vroegtijdige zorgplanning'. Het lijkt belangrijk om de huisarts te betrekken bij dit VZP-gesprek: de huisarts kan zijn patiënt correct inschatten en begeleiden bij het formuleren van de gewenste zorgdoelen.

Rond het opvolgen van het VZP-gesprek vinden we enkel in richtlijn 2 aanbevelingen terug: het gesprek wordt best een jaar later herhaald en een tussentijds gesprek is aan te raden bij verandering van de gezondheidstoestand of ontslag uit het ziekenhuis. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat twee derde van de woonzorgcentra het VZP-gesprek daadwerkelijk herhalen. Deze woonzorgcentra deden dit het vaakst naar aanleiding van de verandering van de gezondheidstoestand van de bewoner. Een systematische herhaling van het gesprek of naar aanleiding van een ziekenhuisopname waren minder vermelde opties. Het lijkt belangrijk dit gesprek te herhalen gezien het dynamisch karakter van de zorgplanning. De patiënt moet op elk moment zijn mening kunnen herzien. De drempel om hierover opnieuw te spreken lijkt hoog. Om deze reden wordt het gesprek best op een later tijdstip herhaald.

**Conclusie:** Een VZP-gesprek werd tot nog toe zeer weinig op systematische wijze geïmplementeerd in de woonzorgcentra. Het tijdstip waarop het VZP-gesprek gevoerd wordt is zeer wisselend. Huisartsen zijn bij dit gesprek vaak niet aanwezig. Een exacte reden

hiervoor is niet te achterhalen. De gesprekken werden in de meeste gevallen wel opgevolgd later tijdens de opname. De huisartsen worden, gezien hun positie tussen bewoner en WZC, het best betrokken bij dit VZP-gesprek om de bewoner te begeleiden bij het formuleren van toekomstige zorgdoelen.

## **2. Multidisciplinair overleg over vroegtijdige zorgplanning**

In richtlijn 2 wordt aanbevolen om na het gesprek met de bewoner een multidisciplinair VZP-overleg te voeren om oa het positief als negatief luik te bespreken en het bepalen van DNR en/of VZP-codes. De richtlijn stelt voor dit overleg ongeveer 2 maand na de opname te doen, het liefst na het gesprek met de bewoner. Er zijn geen aanbevelingen over wie op dit overleg aanwezig moet zijn. In richtlijn 1 wordt enkel aanbevolen om eventueel ter voorbereiding van het VZP-gesprek een multidisciplinair overleg te plannen om met de nodige kennis van zaken het gesprek te starten. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat 59% van de woonzorgcentra een VZP-overleg plannen. In de meeste gevallen zijn de hoofdverpleegkundige, palliatief referent(e) en de huisarts aanwezig op dit VZP-overleg.

Er is tussen de woonzorgcentra een sterke heterogeniteit in de personen die op dit overleg aanwezig zijn (70% andere). Voorts valt op dat slechts 67% van de huisartsen hierop aanwezig zijn. In 54% van de woonzorgcentra wordt dit gesprek op systematische wijze gepland, 31% plant dit naar vraag van de bewoner of familie en 15% plant dit overleg bij wijziging van de toestand van de bewoner. De aanwezigheid van de huisarts op dit multidisciplinair overleg is zeer belangrijk. Woonzorgcentra moeten huisartsen stimuleren op dit overleg aanwezig te zijn.

**Conclusie:** Zoals de richtlijnen aanbevelen plannen de meeste woonzorgcentra een VZP-overleg. De functie van de aanwezige personen blijkt in de praktijk sterk heterogeen. Er zijn te weinig huisartsen aanwezig op dit overleg. De aanwezigheid van de huisarts op dit overleg is belangrijk en moet verder gestimuleerd worden.

## **3. Opstellen en inhoud van een visie over vroegtijdige zorgplanning**

In richtlijn 2 wordt aanbevolen om als woonzorgcentrum een visie rond vroegtijdige zorgplanning uit te bouwen. Er wordt aangeraden een persoon of enkele personen aan te stellen om deze visie te ontwikkelen en uit te bouwen in een specifieke zorgcultuur. Dit is volgens de richtlijn iemand met genoeg zegkracht over de hele voorziening.

Uit de praktijk blijkt dat 69% van de ondervraagde woonzorgcentra een visie hebben rond vroegtijdige zorgplanning. In enkele gevallen werd een uitgeschreven visie bij de vragenlijst teruggezonden. De inhoud van de visie sluit het meest aan bij de autonomie of het zelfbeschikkingsrecht van de bewoner, in mindere mate met communicatie tussen zorgverstrekkers en bewoner, en levenskwaliteit van de bewoner. In de woonzorgcentra waren vooral de directie en de palliatieve werkgroep geacht deze visie uit te bouwen.

**Conclusie:** In de meeste woonzorgcentra werd reeds een visie rond vroegtijdige zorgplanning uitgebouwd. De inhoud handelt meestal over de autonomie van de bewoner. Vooral de directie en palliatieve werkgroep werden geacht deze visie uit te bouwen in het woonzorgcentrum.

#### **4. Verantwoordelijke persoon of instantie voor vroegtijdige zorgplanning in het woonzorgcentrum**

In de richtlijnen worden geen aanbevelingen aangetroffen rond het aanstellen van een persoon of instantie die verantwoordelijk wordt geacht voor vroegtijdige zorgplanning in het woonzorgcentrum (niet de visie). Uit de praktijk blijkt dat in de meeste woonzorgcentra (68%) een verantwoordelijke voor vroegtijdige zorgplanning aanwezig is. Dit is in de meeste gevallen de palliatief referent(e) of verpleegkundige. Deze persoon heeft vaak opleiding genoten rond vroegtijdige zorgplanning en is vaak door de directie aangesteld.

**Conclusie:** De palliatief referent(e) of verpleegkundige wordt in het woonzorgcentrum verantwoordelijk geacht voor vroegtijdige zorgplanning en heeft hier vaak opleiding rond genoten.

#### **5. Betrokkenheid van individuele huisartsen bij het beleid voor vroegtijdige zorgplanning**

De huisarts is volgens richtlijn 2 de meest vertrouwde persoon tussen de thuiszorg en het woonzorgcentrum. Daarom wordt er aanbevolen om de huisartsen bij de ontwikkeling van de visie en de VZP-cultuurvorming (beleid) te betrekken. Uit de praktijk blijkt dat in 81% van de woonzorgcentra de huisartsen niet worden betrokken bij de cultuurvorming van vroegtijdige zorgplanning in het woonzorgcentrum. Uit de literatuurstudie blijkt dat in Nederland de artsen juist vaak worden betrokken bij de beleidsvoering rond het levenseinde in gezondheidszorginstellingen. Juist vanuit de positie tussen thuiszorg en woonzorgcentrum

is het zeer merkwaardig hoe weinig de huisartsen hierbij worden betrokken. De meest genoemde redenen hiervoor waren desinteresse van de huisartsen in de beleidsvoering van VZP in woonzorgcentra en de moeilijke bereikbaarheid van iedere individuele huisarts. Bijscholingen en informatiebrochures zouden interesse bij huisartsen voor het onderwerp kunnen verhogen. Hier is ook een plaats weggelegd voor de CRA van het woonzorgcentrum. De CRA is correct geplaatst om zijn collega's te betrekken in de beleidsvoering rond het levenseinde. De huisarts is finaal verantwoordelijk voor de therapeutische beslissingen bij het levenseinde. Daarom is het van fundamenteel belang dat ook de huisarts betrokken wordt bij het te voeren beleid.

**Conclusie:** De huisartsen worden in zeer beperkte mate betrokken in de beleidsvorming rond vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. Hieraan moet in de toekomst worden gewerkt. Hier lijkt een rol weggelegd voor de CRA van het woonzorgcentrum.

## 6. Gebruikte documenten

Richtlijn 1 raadt aan een specifiek gedeelte in het dossier te hebben voor notities en documenten ivm VZP. Specifieke beslissingen en zorgdoelen worden best hierin gedocumenteerd. Daarnaast wordt aanbevolen om dit gedeelte in het dossier snel raadpleegbaar te maken. Richtlijn 2 raadt aan een behandelingsrichtlijn per bewoner in het dossier te hebben met VZP-code, DNR-code en verwijfsformulier voor het ziekenhuis. Dit wordt liefst gebundeld tot één document dat zowel in het woonzorgcentrum als het ziekenhuis kan gebruikt worden.

In slechts 52% van de woonzorgcentra wordt effectief gebruik gemaakt van een standaard verwijfsbrief voor het ziekenhuis. In de praktijk wordt slechts in beperkte mate gewerkt met DNR- en VZP-codering. Het vaakst wordt een eigen ontworpen behandelingsrichtlijn opgesteld en in het dossier beschikbaar gesteld. Daarnaast wordt ook vaak gebruik gemaakt van een eigen wilsverklaring. Uniformiteit in deze administratie zou heel wat misverstanden en tijdsinvestering kunnen besparen.

**Conclusie:** In de helft van de woonzorgcentra wordt gewerkt met een standaard verwijfsformulier voor het ziekenhuis. DNR- en VZP-codering worden nog weinig gebruikt. Heel vaak wordt een eigen ontworpen behandelingsrichtlijn of een wilsverklaring gebruikt. Uniformiteit in de administratieve aspecten zou moeten worden nagestreefd.



## 7. Communicatie van het beleid naar huisartsen

In richtlijn 2 wordt aangeraden de huisartsen te betrekken vanaf de ontwikkeling van de visie. Aanbevolen wordt hen intens te betrekken bij de cultuurvorming in het woonzorgcentrum. De huisarts is immers de meest vertrouwde persoon voor de bewoner tussen de thuiszorg en het woonzorgcentrum.

Richtlijn 2 raadt aan de CRA aan te spreken om de huisstijl binnen het woonzorgcentrum over te brengen naar de collega-huisartsen. Uit de literatuurstudie blijkt dat woonzorgcentra hun best doen om artsen in te lichten over het gevoerde interne beleid. In de praktijk blijkt echter 81% van de huisartsen niet betrokken te worden in de cultuurvorming van vroegtijdige zorgplanning in de voorziening. Daarnaast blijkt dat slechts 73% van de huisartsen wordt geïnformeerd over het beleid voor VZP in de woonzorgcentra. Huisartsen krijgen informatie over het beleid door de CRA via de huisartsenkring, via mondelinge informatie bij het bezoeken van hun patiënten in het woonzorgcentrum en via een info-avond over vroegtijdige zorgplanning. De CRA van het woonzorgcentrum zou hierin een belangrijke rol kunnen vervullen. Hij is ideaal geplaatst tussen de directie en de individuele huisartsen. Het verstrekken van informatie rond beleidsvorming en uitvoer van beleid naar de huisartsen toe zouden via de CRA kunnen gebeuren. De huisartsen zijn de spilfiguur in de laatste levensfase van hun patiënt en zouden allen moeten geïnformeerd worden over het beleid over VZP in de woonzorgcentra.

**Conclusie:** Huisartsen worden te weinig geïnformeerd over het beleid van VZP in woonzorgcentra. De huisartsen worden bijna niet betrokken bij de beleidsvorming. De CRA zou hierin een actieve rol kunnen spelen.

## 8. Communicatie van het beleid naar het eigen personeel

Richtlijn 2 stelt voor alle personeelsleden bij het VZP-gebeuren te betrekken ongeacht hun leeftijd en specialisme. Het communiceren van het beleid voor VZP in woonzorgcentra is zeker een must voor het eigen personeel. Zij staan in voor de dagelijkse zorg van de bewoners. Daarnaast spelen zij een cruciale rol bij het opvangen van signalen die de bewoner te kennen geeft in verband met zijn visie over het levenseinde. Het lijkt dan ook vanzelfsprekend dat het eigen personeel voldoende wordt geïnformeerd over het interne beleid hieromtrent.

In de praktijk wordt in 94% van de woonzorgcentra het personeel effectief ingelicht over dit beleid. Het personeel krijgt deze informatie vaak tijdens een bijscholing of vorming en teamvergaderingen. Dit komt overeen met de stelling in de literatuurstudie: woonzorgcentra doen hun best hun eigen personeel goed in te lichten over het gevoerde beleid.

**Conclusie:** Het eigen personeel blijkt goed geïnformeerd te zijn over het interne beleid voor VZP in het woonzorgcentrum.

### **9. Communicatie van het beleid naar de bewoner en de familie**

Richtlijn 2 raadt ook aan de bewoners en hun familie van bij opname reeds te informeren over de gehanteerde huisstijl voor VZP. Dit kan via een brochure, info-avond, individuele contacten, .... In de praktijk wordt 92% van de bewoners en familie geïnformeerd over het interne beleid. De informatie wordt vaak gegeven op een info-avond of in een brochure. Dit strookt niet met de stelling uit de literatuurstudie. Hieruit bleek dat bewoners en familieleden vaak weinig geïnformeerd waren over het gevoerde beleid binnen het woonzorgcentrum.

**Conclusie:** De bewoner en de familie worden goed geïnformeerd over het interne beleid voor VZP in het woonzorgcentrum.

### **10. Verantwoordelijke voor het communiceren van het beleid**

Er zijn geen richtlijnen terug te vinden over welke persoon de verantwoordelijkheid voor het communiceren van het beleid voor VZP het best draagt. In de praktijk blijken vooral de hoofdverpleegkundige en palliatief referent(e) hiermee belast te zijn. Dit lijkt een logische keuze: de hoofdverpleegkundige is ideaal geplaatst tussen huisartsen en personeel en komt met alle actoren betrokken in de zorg voor de bewoner in contact. De palliatief referent(e) heeft specifieke opleiding rond palliatieve zorgen genoten en communiceert zowel met bewoners, familie en (hoofd)verpleegkundigen. In de praktijk zou een opsplitsing van deze verantwoordelijkheid naar verschillende personen een oplossing kunnen zijn voor het minder goed informeren van de huisartsen. Informatie via de CRA zou de huisartsen directer kunnen bereiken. Dit zou via verschillende kanalen kunnen gebeuren: e-mail, info-avond, huisartsenkring,...

**Conclusie:** De hoofdverpleegkundige en palliatief referent(e) worden in de woonzorgcentra vaak verantwoordelijk geacht voor het communiceren van het beleid voor VZP. Het verdelen van deze verantwoordelijkheid zou een oplossing kunnen bieden voor de weinig geïnformeerde huisartsen. Informatie rond het beleid kan hierdoor de huisarts sneller bereiken.

## V. Mate van representativiteit

### **Voordelen van dit onderzoek**

Dit onderzoek heeft een hoge responsratio: 50% van de verzonden vragenlijsten werden daadwerkelijk ingevuld en terug gestuurd. Hiermee heeft dit onderzoek de nodige bewijskracht voor de aangehaalde eindpunten. In dit onderzoek wordt het begrip 'beleid voor VZP' ook ruim gezien en is de vragenlijst op dit gebied uitgebreid (vragen over communicatie, documenten, verantwoordelijkheid, opleiding, ...). Hierdoor krijgt men een brede kijk op het beleid voor VZP in de Oost-Vlaamse woonzorgcentra. In de toekomst kan ieder onderdeel nog verder worden uitgespit of het onderzoeksgebied verruimd worden.

### **Nadelen van dit onderzoek**

Er wordt in dit onderzoek geen verschil gemaakt tussen wilsbekwame en wilsonbekwame bejaarden. Enkele woonzorgcentra gaven te kennen een onderscheid te maken tussen beide categorieën voor wat het beleid betreft. Dit kan een vertekend beeld geven aan de besluiten van dit onderzoek.

Tyler et al. [46] beschrijft hoe valide vragenlijsten kunnen ontwikkeld worden in het wetenschappelijk onderzoek in woonzorgcentra. Verschillende termen, gebruikt in deze vragenlijsten, kunnen door verschillende personeelsleden anders geïnterpreteerd worden. In dit onderzoek werden van cruciale termen echter in een begeleidende brief (p. 81) definities gegeven om uniformiteit te bekomen.

Daarnaast beschrijft Tyler et al. [46] dat niet alle personeelsleden toegang hebben tot alle informatie in het woonzorgcentrum. De personen die de vragenlijsten invulden hadden niet dezelfde functie in het woonzorgcentrum. Er is een mogelijkheid dat sommige personeelsleden niet van het hele beleid voor VZP op de hoogte zijn gebracht. Dit kan de resultaten beïnvloeden. Het studieopzet was echter zodanig dat deze vorm van 'bias' tot een minimum beperkt zou blijven: de vragenlijst moest overhandigd worden aan het personeelslid met de meeste kennis van VZP binnen het woonzorgcentrum.

**Verder onderzoek**

Dit onderzoek spitste zich toe op enkele onderdelen van het beleid van VZP in woonzorgcentra. Daarnaast werd het communicatieproces naar hulpverleners en de bewoner onderzocht. Deze onderdelen werden gekozen op basis van literatuur als richtlijnen, reviews en primaire studies. Elk deelaspect van het beleid zou in een vervolgstudie kunnen uitgediept worden. Andere items die onder de noemer 'VZP- beleid' vallen kunnen daarbij verder onderzocht worden.

De vragenlijsten werden ingevuld door personeel van woonzorgcentra. De ondervraagde populatie zou men kunnen uitbreiden tot huisartsen en de bewoner en familie. Hierdoor kan getoetst worden of de informatie daadwerkelijk overkomt en wat daarvan onthouden wordt. Zo kunnen woonzorgcentra feedback krijgen over hun beleid en communicatiestijl. Dit kan enkel de toekomstige zorg voor de patiënt ten goede komen.

Verder onderzoek kan dan als basis dienen voor het ontwikkelen van richtlijnen voor hulpverleners. Vooral de huisartsen hebben hier baat bij omdat zij heel wat barrières tegenkomen in het proces van VZP [48]. Een belangrijke barrière hierbij is dat heel weinig bejaarden het gesprek omtrent VZP zelf initiëren. Er zijn daarnaast weinig sleutelmomenten om VZP op te starten. Huisartsen zijn desondanks ideaal geplaatst om VZP te initiëren. Trainingsmomenten voor hulpverleners en richtlijnen toegepast op de Belgische context zouden huisartsen kunnen helpen VZP meer bespreekbaar te maken bij hun patiënten.

## VI. Besluit

- In Vlaanderen wordt momenteel aan richtlijnen over vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra gewerkt.
- We kunnen besluiten tot een sterke heterogeniteit in het beleid voor VZP tussen de verschillende woonzorgcentra. In ieder deelaspect van het beleid komt deze heterogeniteit naar voor: praktische aanpak rond het VZP-gesprek en VZP-overleg, gebruikte documenten om VZP te documenteren in het dossier en inhoud van de visie rond VZP. Het ontwikkelen van richtlijnen over het opstellen van een beleid rond vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra blijkt een must om uniformiteit hierin te verkrijgen. Vroegtijdige zorgplanning is een uitgebreid concept dat vraagt om duidelijke richtlijnen en handvaten.
- Het eigen personeel en de bewoner en familie zijn goed geïnformeerd over het bestaande beleid voor VZP. Het onderzoek toont aan dat de huisartsen vaak zeer weinig geïnformeerd worden. De CRA is echter ideaal geplaatst om huisartsen te informeren over het beleid binnen het woonzorgcentrum. Niet enkel het informeren, maar ook het actief betrekken van de huisartsen in de beleidsvorming is cruciaal en is in dit onderzoek ondermaats. Actief betrokken huisartsen zijn een ideale actor in de zorg rond het levenseinde van de patiënt.

## VII Referenties

1. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004 Jan 7;291(1):88-93
2. Rice KN, Coleman EA, Fish R, Levy C, Kutner JS. Factors influencing models of end-of-life care in nursing homes: results of a survey of nursing home administrators. *J Palliat Med*. 2004 Oct; 7(5): 668-75.
3. Cohen J, Bilsen J, Hooft P, et al. Dying at home or in an institution. Using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy*. 2006 Oct;78(2-3):319-29.
4. Ghijsebrechts G, Van de Wiele M, De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschr. voor Geneeskunde* 65, nr. 5, 2009: 180-185.
5. Rurup Mette L, Onwuteaka-Philipsen BD, Roeline W Pasman et al. Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Educ Couns*. 2006 Jun;61(3):372-80
6. Robinson L, Dickinson C, Rousseau N, et al. A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age Ageing*. 2012 Mar;41(2):263-9.
7. Vandervoort A, Houttekier D, Van den Block L, van der Steen JT, Stichele RV, Deliens L. Advance Care Planning and Physician Orders in Nursing Home Residents With Dementia: A Nationwide Retrospective Study Among Professional Caregivers and Relatives. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Feb;47(2):245-56.
8. Stewart F, Goddard C, Schiff R, Hall S. Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of views of care staff and families. *Age Ageing*. 2011 May;40(3):330-5.
9. Wet betreffende de rechten van de patient 22 Augustus, 2002. Belgisch Staatsblad, Brussel 26 September 2002.
10. Meeussen K, Van Den Block L, Echteld M, Boffin N, Bilsen J, Van Casteren V, Deliens L. Older people dying with dementia: a nationwide study. *Int Psychogeriatr*. 2012 Oct;24(10):1581-91.

11. Koninklijk Besluit van 21 September 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging. Belgisch Staatsblad, Brussel 28 Oktober 2004.
12. Meyer S. Care management role in end-of-life discussions. *Care Manag J.* 2012; 13(4) : 180- 3.
13. Meeussen K, Van Den Block L, Echteld M, Bossuyt N, Bilsen J et al. Advance Care Planning in Belgium and The Netherlands: A Nationwide Retrospective Study Via Sentinel Networks of General Practitioners. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Oct;42(4):565-77.
14. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliens L. Advance Care Planning and Dying In Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Feb;45(2):223-34.
15. Vandervoort A, Van Den Block L, Van Der Steen JT, Vander Stichele R, Bilsen J, Deliens L. Advance directives and physician's orders in nursing home residents with dementia in Flanders, Belgium: prevalence and associated outcomes. *Int Psychogeriatr.* 2012 Jul;24(7):1133-43.
16. Evans N, Costantini M, Pasman HR, Van Den Block L et al. End-of-Life Communication: A Retrospective Survey of Representative General Practitioners Networks in Four Countries. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Aug 7:1-16
17. Gijsberts MJ, van der Steen JT, Muller MT, Hertogh CM, Deliens L. Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes: An Ethnographic Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Sep;14(9):679-84.
18. Van Den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren Viviane, Deliens L. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health.* 2009 Mar 9;9:79.
19. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Deliens L. Nursing home policies regarding advance care planning in Flanders, Belgium. *Eur J Public Health.* 2010 Apr;20(2):189-94.
20. Wet betreffende de euthanasie 28 mei, 2002. Belgisch Staatsblad, Brussel 22 Juni 2002
21. Lemiengre J, Dierckx de Casterlé B, Verbeke G et al. Ethics policies on euthanasia in nursing homes: a survey in Flanders, Belgium. *Soc Sci Med.* 2008 Jan;66(2):376-86.



22. Haverkate I, Muller MT, Cappetti M et al. Prevalence and content analysis of guidelines on handling requests for euthanasia or assisted suicide in Dutch nursing homes. *Arch Intern Med*. 2000 Feb 14;160(3):317-22.
23. Roeline W Pasman H, Hanssen-de Wolf J, Hesselink B.A.M. Policy statements and practice guidelines for medical end-of-life decisions of Dutch health care institutions: Developments in the past decade. *Health Policy*. 2009 Sep;92(1):79-88.
24. Lo YT, Wang JJ, Liu LF, Wang CN. Prevalence and related factors of do-not-resuscitate directives among nursing home residents in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc*. 2010 Jul;11(6):436-42.
25. Culberson J, Levy C, Lawhorne L. Do not hospitalize orders in nursing homes: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc*. 2005 Jan-Feb;6(1):22-6.
26. Choudhry NK, Ma J, Rasooly I, Singer PA. Long-term care facility policies on life-sustaining treatments and advance directives in Canada. *J Am Geriatr Soc*. 1994 Nov;42(11):1150-3.
27. Wet betreffende de rechten van de patient 22 Augustus, 2002. *Belgisch Staatsblad*, Brussel 26 September 2002.
28. Gastmans C, Lemiengre J, de Casterlé BD. Development and communication of written ethics policies on euthanasia in Catholic hospitals and nursing homes in Belgium (Flanders). *Patient Educ Couns*. 2006 Oct;63(1-2):188-95.
29. Haverkate I, van der Wal G. Policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA*. 1996 Feb 14;275(6):435-9.
30. Haverkate I, van der Wal G, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Kostense PJ. Guidelines on euthanasia and pain alleviation: compliance and opinions of physicians. *Health Policy*. 1998 Apr;44(1):45-55.
31. Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, van der Maas PJ, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Development and dissemination of institutional practice guidelines on medical end-of-life decisions in Dutch health care institutions. *Health Policy*. 2010 Mar;94(3):230-8.
32. Van den Block L, Deschepper R, Bossuyt N, Driessens K, Bauwens S, Van Casteren V, Deliens L: Care for patients in the last months of life: the Belgian Sentinel Network Monitoring End-of-Life Care study. *Arch Intern Med*. 2008 Sep 8;168(16):1747-54.

33. Bradley EH, Blechner BB, Walker LC, Wetle TT. Institutional efforts to promote advance care planning in nursing homes: challenges and opportunities. *J Law Med Ethics*. 1997 Summer-Fall;25(2-3):150-9, 83.
34. Gastmans C, Lemiengre J, van der Wal G, et al. Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic healthcare institutions in Belgium (Flanders). *Health Policy*. 2006 Apr;76(2):169-78.
35. Bilsen J, Vander Stichele R, Broeckaert B, Mortier F, Deliens L. Changes in medical end-of-life practices during the legalization process of euthanasia in Belgium. *Soc Sci Med*. 2007 Aug;65(4):803-8.
36. Pardon K, Chambaere K, Pasman WR, Deschepper R, Rietjens J, Deliens L. Trends in End-of-Life Decision Making in Patients With and Without Cancer *J Clin Oncol*. 2013 Apr 10;31(11):1450-7.
37. Chambaere K, Bilsen J, Cohen Joachim, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Trends in Medical End-of-Life Decision Making in Flanders, Belgium 1998-2001-2007. *Med Decis Making*. 2011 May-Jun;31(3):500-10.
38. Nys H. Ethics committees in Belgium. *Eur J Health Law* 1995;2:175-6.
39. Grimshaw JM, Russel IT. Achieving health gain through clinical guidelines, II. Ensuring guidelines change clinical practice. *Qual Health Care*. 1994 Mar;3(1):45-52.
40. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993 Nov 27;342(8883):1317-22.
41. Van Bruchem van der Scheur GG, Van der Arend AJG, Huijjer Abu-Saad H, Spreeuwenberg C, Van Wijmen FCB, Ter Meulen RHJ. The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *J Med Ethics*. 2008 Apr;34(4):254-8.
42. Bilsen J, Vander Stichele R, Broeckaert B, Mortier F, Deliens L. Changes in medical end-of-life practices during the legalization process of euthanasia in Belgium. *Soc Sci Med*. 2007 Aug;65(4):803-8.
43. Hesselink BAM, Pasman HRW, van der Wal G, van der Maas PJ, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Awareness and use of practice guidelines on medical end-of-life decisions in Dutch hospitals. *Patient Educ Couns*. 2010 Jul;80(1):21-8.
44. Palliative. Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning. Voorlopige versie. Juli 2013. 1-58.
45. Palliatief Netwerk De Mantel. Draaiboek vroegtijdige zorgplanning. Resultaat proefproject vroegtijdige zorgplanning in Midden-West-Vlaanderen. Versie 2011: 1-49.

46. Tyler D, Shield R, Rosenthal M, Miller S, Wetle T, Clark M. How valid are the responses to nursing home survey questions? Some issues and concerns. *Gerontologist*. 2011 Apr;51(2):201-11.
47. De Vleminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van AC, Vander SR, et al. Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Dec;31(4):215-26.
48. Oliver D.P., Porock D., Zweig S. End-of-life care in U.S. nursing homes: A review of the evidence. *J Am Med Dir Assoc*. 2004 May-Jun;5(3):147-55.

## **VIII Bijlagen**

Tabel 1: Zoektermen vraag 1

Tabel 2: Zoektermen vraag 2

Tabel 3: Zoektermen vraag 3

Figuur 1: Flowdiagram vraag 1

Figuur 2: Flowdiagram vraag 2

Figuur 3: Flowdiagram vraag 3

Adressenlijst woonzorgcentra Oost-Vlaanderen 2013

Inleidende brief

Vragenlijst

# Tabel 1

## Zoektermen vraag 1:

Datum	Juni 2013
Databank	Cochrane Library
Zoektermen	“advance care planning”

Datum	Juni 2013
Databank	Medline
Zoektermen	“advance care planning” [MeSH] AND “nursing homes” [MeSH] // “advance care planning” [MeSH] AND “nursing homes” [MeSH] AND policies// “advance care planning” [MeSH] OR euthanasia OR assisted suicide AND “nursing homes” [MeSH] AND guidelines// end-of-life OR euthanasia OR assisted suicide AND “nursing homes”[MeSH] and policies

Datum	Juni 2013
Databank	Embase
Zoektermen	“advance care planning” AND “nursing homes” (AND “policies”)

## Tabel 2

### Zoektermen vraag 2

Datum	Augustus 2013
Databank	Medline
Zoektermen	'communication' [MeSH] OR 'communicating' AND 'nursing homes' [MeSH] AND 'policies' AND 'end-of-life'

Datum	Augustus 2013
Databank	Embase
Zoektermen	'communication' AND 'nursing homes' AND 'policies' AND 'end-of-life'

Datum	Augustus 2013
Databank	The Cochrane Library
Zoektermen	'advance care planning'

## Tabel 3

### Zoektermen vraag 3

Datum	Augustus 2013
Databank	Medline
Zoektermen	'development' OR 'implementation' AND 'nursing homes' [MeSH] AND 'policies' AND 'end-of-life'

Datum	Augustus 2013
Databank	Embase
Zoektermen	'development' OR 'implementation' AND 'nursing homes' [MeSH] AND 'policies' AND 'end-of-life'

Datum	Augustus 2013
Databank	The Cochrane Library
Zoektermen	'advance care planning'

# Figuur 1

Flowdiagram vraag 1

*Limits: systematic reviews, meta-analyses, reviews:*



*Primair onderzoek:*





## Figuur 2

Flowdiagram vraag 2

*Geen limits:*



# Figuur 3

Flowdiagram vraag 3

*Geen limits*



# Adressenlijst woonzorgcentra Oost-Vlaanderen 2013

HUIZE MARIATROON	BRUSSELSESTRAAT 90	9200	DENDERMONDE
WZC HOME SINT FRANCISCUS	KWAREMONTPLEIN 41	9690	KLUISBERGEN
DE LINDE	SCHOOLSTRAAT 33	9950	WAARSCHOOT
HOF TER BOONWIJK	GASTHUISSTRAAT 136	9200	SINT GILLIS BIJ DENDERMONDE
WZC SINT-JOZEF	MOLENSTRAAT 11	9220	MOERZEKE
WZC AVONDZON	BOTERMELKSTRAAT 12	9420	ERPE-MERE
AYMONSHOF	GENTSESTEENWEG 3	9200	DENDERMONDE
WZC KANUNNIK TRIEST	KLOOSTERSTRAAT 33	9090	MELLE
MEREDAL	VIJVERSTRAAT 38	9420	ERPE-MERE
WZC SINT ANNA	STATIONSTRAAT 165	9450	HAALTERT
RUSTHUIS SINT-VINCENTIUS	AAIGEMDORP 68	9420	ERPE - MERE
WZC TER MOERE	SPORTLAAN 13	9180	MOERBEKE
WZC TER DEINSBEKE	DEINSBEKESTRAAT 23	9620	ZOTTEGEM
HOME FLOREAL	BUKE 108	9620	ZOTTEGEM
WZC SINT-ANTONIUS	ROOTJENSWEG 77	9200	GREMBERGEN
WZC TEN OUDENVOORDE	HOSPITAALSTRAAT 2	9940	ERTVELDE
WZC TER WILGEN	HOSPITAALSTRAAT 20	9100	SINT-NIKLAAS
WZC SINT ELISABETH	TIELTSESTEENWEG 25	9900	EKLO
WZC 'T HEUVERVELD	MOLENSTRAAT 41	9250	WAASMUNSTER
WZC SINT-BERNARDUS	ASSENEDESTRAAT 18	9968	BASSEVELDE
SINT-ELIGIUS	ST. ELOOISTRAAT 56	9080	ZEVENEKEN
WZC SINT -JOZEF	LEEGSTRAAT 17	9960	ASSENEDE
WZC TEHUIS DE MEY	GODSHUISSTRAAT 13	9185	WACHTEBEKE
WZC KOUTERHOF	KOUTERLAAN 21	9070	DESTELBERGEN
AVE MARIA	HOOIWEGE 1	9940	SLEIDINGE
WZC SINT FRANCISCUS	HEERDWEG 15	9800	DEINZE
WZC TER LEENEN	GRAAF VAN HOORNSTRAAT 26	9850	NEVELE
WZC TER HOVINGEN	KLINIEKSTRAAT 27-29	9050	GENTBRUGGE
WZC ONDERDALE	ONDERDALE 1	9910	KNESSELARE
RESIDENTIE AVONDSTERRE	KORTRIJKSESTEENWEG 775	9000	GENT
DENDERRUST	A. DE COCKSTRAAT 12A	9310	HERDERSEM
WZC SCHELDEVELDE	KASTEELLAAN 41	9840	DE PINTE
SINT-VINCENTIUS	ROSSTRAAT 66	9200	DENDERMONDE
WZC ZORGHAVE	LOSTRAAT 28	9880	AALTER
WZC SINT-COLETA	SINT-COLETASTRAAT 4	9000	GENT
WZC SINT-JOZEF	KORTRIJKSESTEENWEG 61	9800	DEINZE
WZC DE ARK	KALKSTRAAT 48	9100	SINT-NIKLAAS
WZC SINT VINCENTIUS	PONTSTRAAT 20	9870	ZULTE

WZC DE MEANDER	KOEVLiet 3	9240	ZELE
WZC HUIZE VINCENT	ANTWERPSESTEENWEG 103	9140	TIELRODE
WZC HEILIGE FAMILIE	MOLENSTRaat 32	9130	KIELDRECHT
SINT-VINCENTIUS	VROUWSTRAAT 1	9970	KAPRIJKE
ONZE LIEVE VROUW RUSTOORD	KAREL PICQUELAAN 49	9800	DEINZE
'T BLAUWHOF	HOSPITAALSTRAAT 37	9140	STEENDORP
WZC AVONDZEGEN	MOEIE 37	9900	E EKLO
SINT-JOZEF	WEGVOERINGSTRAAT 65	9230	WETTEREN
WZC SINT JOB	MARKTWEG 20	9300	AALST
WZC BRIELS	KERKPLEIN 8	9120	BEVEREN
WZC ONS ZOMERHEEM	DREEF 47	9930	ZOMERGEM
RVT MOLENKOUTER	DREEFSTRAAT 11A	9260	WICHELEN
WZC HET LINDEHOF	KERKSTRAAT 11	9111	BELSELE
DE LINDE	OSCAR DELGHUSTSTRAAT 68	9600	RONSE
WZC SINT-VINCENTIUS	GASTHUISSTRAAT 10	9041	OOSTAKKER
WZC HERFSTDROOM	GROENLAAN 1	9255	BUGGENHOUT
SINT-JOZEF	ZANDSTRAAT 33	9170	SINT-PAUWELS
WZC VILLA LETHA	KASTEELDREEF 46	9340	LEDE
RUSTHUIS ST. ELISABETH	OUDE DORPSTRAAT 17	9120	VRASENE
WZC BOEYE-VAN LANDEGHEM	BEVERSDIJK 5	9120	KALLO
O.L.V. TER VELDBLOEMEN	MEERSTRAAT 22	9860	OOSTERZELE
WZC ZOETENAARD	KERKSTRAAT 14	9190	STEKENE
WZC SINT-JOZEF	MOLENAARSTRAAT 34	9000	GENT
SWEET HOME	LANGE BILKSTRAAT 21-23	9032	WONDELGEM
WZC KRUYENBERG	TURFPUTSTRAAT 100	9290	BERLARE
WZC NAJAARSZON	KASTEELSTRAAT 50	9660	BRAKEL
ZONNEHOVE	LOOFBLOMMESTRAAT 4	9051	SINT-DENIJS-WESTREM
WZC HAAGWINDE	HASSELSTRAAT 7	9680	MAARKEDAL
WZC TER DURME	POLDERSTRAAT 2	9160	LOKEREN
WZC ST. VINCENTIUS	TEN BOSSE 150	9800	DEINZE
WZC MIJLBEKE	ALBRECHTLAAN 119	9300	AALST
DE LICHTERVELDE	DE LICHTERVELDESTRAAT 1	9810	NAZARETH
WZC HOME VIJVENS	KLOOSTERSTRAAT 18	9750	ZINGEM
WZC HEILIG HART	TEREKEN 14	9100	SINT-NIKLAAS
BEL AGE	OESELGEMSTRAAT 78	9870	ZULTE
HOME ROELAND I	MELKWEIDE 17	9030	MARIAKERKE
DE HOPPERANK	SINT-JOBSTRAAT 175	9300	AALST
WZC AVONDVREDE	KALVERMARKT 1	9000	GENT
ST LEONARDUS	LOUISE-MARIESTRAAT 19	9680	MAARKEDAL
RUSTHUIS TER MEERE	BARON TIBBAUTSTRAAT 29	9290	BERLARE
O.L.- VROUW-TER-RIVE	ST. PIETERSNIEUWSTR. 115	9000	GENT
WZC DE NOTELAAR	OUDE ZANDSTRAAT 98	9120	BEVEREN

WZC TER GAUWEN	PUTTENE 36	9680	MAARKEDAL
DE ZILVERLINDE	DREEF 2	9860	SCHELDEWINDEKE
WZC ST JOZEF	MAAGDESTRAAT 14	9000	GENT
HOME LINE	GROTE BAAN 246	9920	LOVENDEGEM
WZC SINT-KATHARINA	VLEESHOUWERSTRAAT 10	9112	SINAAI
WZC HOF TEN KOUTER	KOUTERSTRAAT 1	9270	LAARNE
WZC HOME 'T NEERHOF	NIEUWSTRAAT 67	9660	ELST
WZC DE LINDE	LINDESTRAAT 16	9790	WORTEGEM-PETEGEM
WZC HOF TER ENGELEN	POLDERSTRAAT 4	9160	LOKEREN
WZC LEIEHOME	KLOOSTERSTRAAT 9	9031	DRONGEN
WZC TER KLATERINGEN	CENTRUMLAAN 173	9400	NINOVE
WZC DE BOOMGAARD	KERKAKKERSTRAAT 2	9971	LEMBEKE
RUSTHUIS BREMBLOEM	PATRIJZENSTRAAT 112	9940	EVERGEM
WZC DE SAMARITAAN	GLORIEUXSTRAAT 9	9681	MAARKEDAL
WZC STIL GELUK	LEOPOLDLAAN 52	9500	OPHASSELT
WZC KASTEELHOF	STEENWEG VAN AALST 110	9200	DENDERMONDE
HUIZE ARION	BEGONIASTRAAT 67-89	9052	GENT-ZWIJNAARDE
DE KROON	ZWANENHOEKSTRAAT 1	9170	SINT-GILLIS-WAAS
WZC HINDEPLAS	BRIELKEN 16	9940	EVERGEM
WZC HOME STUYVENBERG	PROVINCIEWEG 549	9550	HERZELE
POPULIERENHOF	TURKYEN 2	9100	NIEUWKERKEN-WAAS
WZC HOF TER VELDEKEN	FLOR HOFMANSLAAN 8	9280	LEBBEKE
ST. VINCENTIUS	KANUNNIK TRIESTLAAN 4	9080	ZAFFELARE
WZC DE LINDE	PASTOOR VERWILGHENPL. 25	9120	HAASDONK
WZC DE VLAMME	DE VLAMME 24	9620	ZOTTEGEM
WZC SENIORCITY	TENTOONSTELLINGSLAAN 70	9000	GENT
WZC DE HEYMEULEN	MOLENSTRAAT 140	9255	BUGGENHOUT
WZC MARIAHUIS	KLOOSTERSTRAAT 6	9890	GAVERE
TOEVLUCHT VAN MARIA	COUPURE LINKS 275	9000	GENT
WZC DE REIGER	CL. D'HOOGHELAAN 8	9140	TEMSE
WZC RESIDENTIE VROONSTALLE	EVERGEMSESTEENWEG 151	9032	WONDELGEM
WZC HET HOF	HOFSTRAAT 134	9100	SINT-NIKLAAS
WZC TER CAELE	HOEKSKEN 29	9940	EVERGEM
WZC MOERVAARTHEEM	MEERSTRAAT 31	9185	WACHTEBEKE
WZC MEULENBROEK	MARKTPLEIN 23	9220	HAMME
WZC SINT PETRUS	OMMEGANGSTRAAT 22	9770	KRUISSHOUTEM
HOGERLUCHT	KAMMELAND 59	9600	RONSE
WZC SENIORENCENTRUM HET LINDEKEN	POELSTRAAT 37	9820	MERELBEKE
WZC WARMHOF	BEGIJNWATER 1	9990	MALDEGEM
TER LINDEN	TOLSTRAAT 11	9550	HERZELE
HOME CLAIRE	WOLTERSLAAN 60	9000	GENT
RUSTHUIS TEN BERGE	TUINLAAN 3	9111	BELSELE

WZC TER LEEN	KLOOSTERSTRAAT 42	9550	HERZELE
WZC HOME BLOEMENBOS	BURG. J. CHALMETLAAN 82	9060	ZELZATE
WZC SINT-JOZEF	BRUULSTRAAT 17	9450	HAALTERT
HOF VAN EKSAARDE	EKSAARDEDORP 88	9160	LOKEREN
BARONIE VAN BOELARE	KASTEELDREEF 3	9500	GERAARDSBERGEN
WZC BRUGGENPARK	BRUGGENHOEK 36	9620	ZOTTEGEM
WZC LEMBERGE	SALISBURYLAAN 98	9820	MERELBEKE
WZC HOME ASTRID	GROTE BAAN 197	9920	LOVENDEGEM
WZC DENDEROORD	HOGE BUIZEMONT 247	9500	GERAARDSBERGEN
HOME NAZARETH	PLEZIERSTRAAT 17	9810	NAZARETH
CARPE DIEM	ST MARCELLUSSTRAAT 12	9400	VOORDE
DE MEERSPOORT	MEERSPOORT 30	9700	OUDENAARDE
WZC DE PLATAAN	HOSPITAALSTRAAT 12	9100	SINT-NIKLAAS
SINT-FRANCISCUSTEHUIS	ST MARTENSSTRAAT 3	9660	BRAKEL
WISSEKERKE	KRUIBEKESTRAAT 58 A	9150	KRUIBEKE
TER BAKE	STEENWEG 732	9470	DENDERLEEUEW
WZC TER KIMME	KLOOSTERSTRAAT 3	9520	SINT-LIEVENS HOUTEM
WZC CAMPUS DE LIBERTEYT	VROONSTALLEDRIES 22	9032	WONDELGEM
V Z W DR J COPPENS	SCHIETPOELSTRAAT 16	9900	EKLO
WZC DE VLAAMSE ARDENNEN	KROMSTRAAT 5	9667	HOREBEKE
WZC RESIDENTIE HOF TER LINDEN	KOESTRAAT 47	9940	EVERGEM
RUSTOORD BUITENLUCHT	GROTE BAAN 190	9920	LOVENDEGEM
SINT-JOZEF	ROMMELSWEG 12	9980	SINT-LAUREINS
WZC PENSION ZURICH	G.GHELDOFLAAN 18	9030	MARIAKERKE
HOME ROELAND II	MELKWEIDE 14	9030	MARIAKERKE
TER HOLLEBEKE	HOOIWEGE 4	9940	SLEIDINGE
WZC HUIZE ROBORST	KLOOSTERSTRAAT 1	9630	ZWALM
RUSTHUIS DE RAEVE	HELDENLAAN 72	9620	ZOTTEGEM
HOME TER BRUISBEKE	BRUISBEKE 29	9520	SINT-LIEVENS HOUTEM
WZC WIELKINE	STROPSTRAAT 3	9810	NAZARETH
WZC DE VLIET	KOEVLIE 8	9240	ZELE
O.L. VROUW MET DE ROZEN	HALSESTEENWEG 27-29	9402	MEERBEKE
SCHELDERUST	WEGVOERINGSTRAAT 55	9230	WETTEREN
WZC BALADE	LOSTRAAT 6	9850	MERENDREE
TEMPELHOF	SINT-MARGRIETSTRAAT 36	9000	GENT
RESIDENTIE RODENBACH	A. RODENBACHSTRAAT 97	9470	DENDERLEEUEW
RUSTHUIS PRIVILEGE	BAGATTENSTRAAT 177	9000	GENT
SINT-PIETER	BOSDREEF 5B	9080	LOCHRISTI
WZC HEILIG HART	MARLBOROUGHLAAN 3	9700	OUDENAARDE
WZC SINT-JAN	LEOPOLDSTRAAT 1	9060	ZELZATE
ONZE LIEVE VROUW TEN ROZEN	ROZENDREEF 190	9300	AALST
HELIANTHUS	BRUSSELSESTEENWEG 322A	9090	MELLE
RUSTHUIS DIEPENBROECK	APPENSVORDE 71	9920	LOVENDEGEM

RESIDENTIE STUIVENBERG	ELSLO 44-48	9940	EVERGEM
RUSTOORD ENNEA	LEPELHOEKSTRAAT 17	9100	SINT NIKLAAS
RVT HEIVELD	ANTWERPSESTEENWEG 776	9040	GENT
CENTRUM VOOR SENIOREN	WALSTRAAT 1	9050	GENT
WZC DE POPULIER	GROTEWEG 25B	9500	GERAARDSBERGEN
WZC HUIZE DEN DRIES	DRIES 53	9112	SINAAI
WZC DE SPOELE	LAMSTRAAT 44	9100	SINT NIKLAAS
WZC DOMINO	RODELIJVEKENSSTRAAT 19	9000	GENT
CAMPUS ZONNEBLOEM	HUTSEPOTSTRAAT 29	9052	ZWIJNAARDE
WZC SAPIENTIA	PACHTHOFSTRAAT 1	9308	GIJZEGEM
PAUL LIENART	SINT-KAMIELSTRAAT 85	9300	AALST
TILIA	KONINGIN ASRIDLAAN 19	9990	MALDEGEM
WZC POEL	POEL 14	9000	GENT
WZC PRIEELSHOF	DR.PRIEELSLAAN 24	9340	LEDE
WZC WILGENDRIES	PLEKKERSSTRAAT 1	9400	NINOVE
WZC SINT-ELISABETH	GASTHUISSTRAAT 21	9041	OOSTAKKER
WZC 'T CAUTERVELT	LEOPOLDLAAN 82	9500	GERAARDSBERGEN
WZC TER SIG	HOEKSKEN 3	9280	LEBBEKE
WZC LARENHOF	SCHOOLSTRAAT 15	9270	LAARNE
WZC 'T GROENDORP	DORPSSTRAAT 14	9667	HOREBEKE
WZC PANHUYS PARK	PANHUYSSTRAAT 5-7	9070	DESTELBERGEN
WZC WOONHAVE	LOSTRAAT 26	9880	AALTER
WZC WEVERBOS	J.VAN AELBROECKLAAN 64	9050	GENT
WZC SENIORIE MINNEVELD	HOF-TER-BURSTBAAN14	9280	LEBBEKE
WZC TER VENNE	VENNELAAN 21	9830	SINT-MARTENS-LATEM
WZC TER MINNE	LANGE MINNESTRAAT 125	9280	LEBBEKE
WZC OVERBEKE	BOVENBOEKAKKER 6-8	9230	WETTEREN
WZC GROOTENBOSCH	OUDE ZANDSTRAAT 97	9120	BEVEREN

Dr. Wim Strubbe

Tel: 09/336 57 27

Lepelstraat 81 bus 0001

Gsm: 0488/94 09 99

9270 Laarne

wim.strubbe@student.kuleuven.be

Geachte,

Graag stel ik mij eerst even voor. Ik ben Dr. Wim Strubbe, huisarts-in-opleiding in de praktijk van Dr. Eva Bequé te Laarne.

In het kader van mijn opleiding tot huisarts word ik verwacht een masterproef te maken. Dit houdt in dat elke student een literatuurstudie en praktijkverbeterend project (veldonderzoek) maakt over een zelfgekozen onderwerp. De promotor voor dit onderzoek is Prof. Dr. Jan De Lepeleire (KU Leuven) en mijn co-promotor is Dr. Eva Bequé, huisarts te Laarne.

Ik koos ervoor mijn masterproef te doen over “vroegtijdige zorgplanning (VZP) in het woonzorgcentrum (WZC)”. Er loopt op dit ogenblik heel wat onderzoek in Vlaanderen naar het hoe en wat van VZP. Ik wil graag onderzoeken wat het verschil is in beleid betreffende VZP tussen WZC's. Daarnaast wil ik met dit project te weten komen hoe dit beleid gecommuniceerd wordt naar de bewoners en hun zorgverleners. Graag had ik dan ook uw medewerking gevraagd om deze vragenlijst te laten invullen door de persoon die het nauwst bij dit beleid in uw WZC betrokken is.

Bijgevoegd vindt u een voorgefrankeerde en reeds geadresseerde enveloppe om het terugzenden te vereenvoudigen. Ik had deze vragenlijst graag **vóór 1 november 2013** terug ontvangen.

Graag wil ik u nog even attenderen op het feit dat deze vragenlijst **recto verso** is opgesteld.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Wim Strubbe



**Gelieve eerst deze pagina door te nemen vooraleer de vragenlijst in te vullen!**

Om misverstanden rond bepaalde termen en concepten te vermijden geef ik hieronder enkele definities weer:

- Een VZP-gesprek = het eerste gesprek met een bewoner in het woonzorgcentrum, waarbij minstens 2 personen aanwezig zijn, waarin de visie voor de toekomstige zorg en beslissingen rond het levenseinde worden besproken met een dynamisch en op ieder moment omkeerbaar karakter.
- Een VZP-overleg = een overleg waarbij minstens 3 personen aanwezig zijn, waarin de wensen en noden van de bewoner multidisciplinair worden besproken, en waarbij notities gemaakt worden om deze wensen en noden te documenteren.
- Visie = weloverwogen mening over vroegtijdige zorgplanning en hoe zich die zou moeten ontwikkelen in het woonzorgcentrum.
- Beleid = het aangeven van de richting en de middelen waarmee men gestelde doelen rond vroegtijdige zorgplanning wil gaan realiseren in een woonzorgcentrum.

Deze vragenlijst bestaat uit twee types vragen namelijk ja-neenvragen en open vragen. Er werd voor ja-neenvragen gekozen om eenduidigheid in de antwoorden na te streven. Let op bij het invullen! Er wordt bijvoorbeeld gevraagd: *Wordt er systematisch bij iedere bewoner een gesprek over vroegtijdige zorgplanning gevoerd in het woonzorgcentrum?* Er moet **systematisch bij iedere bewoner** een gesprek gevoerd worden om 'ja' te kunnen antwoorden. Is dit niet het geval, antwoord dan 'neen'. De open vragen geven u meer vrijheid in het staven van uw antwoord.

Dank!

<b>VRAGENLIJST</b>
<b>VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN HET WOONZORGCENTRUM: BELEID EN COMMUNICATIE</b>

Deze vragenlijst werd ingevuld door (naam en voornaam) :.....

functie :.....

**1. Basisinformatie van het woonzorgcentrum:**

- Naam WZC: .....
- Adres WZC: .....
- Telefoon: .....
- E-mailadres:.....
- Personeel (aantal voltijds equivalenten of FTE):  
     .... *verzorgenden*                      .... *verpleegkundigen*        ..... *huisartsen*                      .... *CRA(s)*
- Aantal bedden:                      .... *ROB*                                      ..... *RVT*                                      .... *kortopvang*
- Koepel (omcirkel wat past):    *Zorgnet Vlaanderen*        *FOS/FERUBEL*                      *VVSG (ocmw)*

**2. Het beleid met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning binnen het woonzorgcentrum**

2.1. Wordt er systematisch bij iedere bewoner **een gesprek** over vroegtijdige zorgplanning gevoerd in het woonzorgcentrum?

JA

NEEN

Indien ja, **wanneer** – in relatie tot de opname van de bewoner – wordt dit gesprek meestal gevoerd?

- Bij het intakegesprek
- Bij de opname
- Binnen de eerste 2 maanden na de opname
- Anders: .....

Indien ja, **wie** zijn tijdens het gesprek met de bewoner aanwezig ? (duid alle aanwezige personen aan)

- Familie van de bewoner
- De huisarts
- De CRA
- De directie van het WZC
- Een hoofdverpleegkundige
- Een palliatief verpleegkundige
- Andere: .....

2.2. Wordt dit gesprek over vroegtijdige zorgplanning in de loop van de opname van de bewoner herhaald?

JA NEEN

Indien ja, **op welk(e) moment(en)** tijdens de opname van de bewoner wordt dit gesprek herhaald?

.....

2.3. Wordt er – naar aanleiding van een VZP gesprek – een multidisciplinair VZP-overleg tussen de zorgverleners van het WZC gepland?

JA NEEN

Indien ja, **wie** is op dit VZP- overleg aanwezig? (duid alle aanwezige personen aan)

- De huisarts
- De CRA
- De directie van het WZC
- Een hoofdverpleegkundige
- Een palliatief verpleegkundige
- De bewoner
- Een priester / lekenconsulent
- Andere:.....

Indien ja, **wanneer** wordt dit VZP overleg gepland in relatie tot het gevoerde VZP gesprek?

.....

2.4. Bestaat er in het woonzorgcentrum een – al dan niet uitgeschreven – visie met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning?

JA NEEN

Indien ja, kunt u **de hoofdpunten** geven van deze visie?

.....

.....

.....

Indien ja, **van wie of welke instantie** gaat deze visie uit?

- De CRA
- De individuele huisartsen
- Directie van het WZC
- Het bestuur van een WZC groep (bv Armonea)
- Andere:.....

2.5. Is er in het woonzorgcentrum 1 centrale figuur aangesteld die de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de vroegtijdige zorgplanning op zich neemt?

JA NEEN

Indien ja, **welke functie** bekleedt deze persoon (palliatief verpleegkundige, CRA, ...) binnen het woonzorgcentrum?



Reden:

.....  
.....

3.2. Word het personeel op de hoogte gebracht van het beleid van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning?

JA NEEN

Reden:

.....  
.....

3.3. Worden de bewoners en hun familie op de hoogte gebracht van het beleid van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning?

JA NEEN

Reden:

.....  
.....

Indien ja, **op welke manier** worden de bovenstaande personen hierover geïnformeerd (bv email, infobrochure, vergadering, info-avond,...)?

Huisartsen: .....

Personeel:.....

Bewoners/familie:.....

3.4. Welke persoon of welke instantie is verantwoordelijk voor het communiceren van het beleid van het WZC betreffende VZP aan de bewoner, zijn familie en de zorgverleners?

- De CRA
- De directie van het WZC
- De hoofdverpleegkundige
- Andere:.....

Indien u nog opmerkingen of vragen heeft rondom deze vragenlijst kunt u deze hieronder neerschrijven. U kunt mij ook altijd contacteren op het volgende email-adres:

[wim.strubbe@student.kuleuven.be](mailto:wim.strubbe@student.kuleuven.be)

.....  
.....  
.....