



# **Resultaat proefproject vroegtijdige zorgplanning in Midden-West-Vlaanderen**

**Draaiboek voor implementatie in WZC**

**Versie 2011**

**Palliatief netwerk De Mantel**

**Handelsstraat 1**

**8800 Roeselare**

# INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL .....	2
INLEIDING .....	4
1. INSPIRATIEBRON: HET VZP-WERKMODEL .....	6
1.1. Inleiding .....	6
A. Modellen m.b.t. het beslissingsniveau van de betrokken personen .....	6
B. Modellen m.b.t. de inhoud van de gesprekken .....	6
1.2. Het beslissingsproces .....	7
1.3. Het VZP-model .....	8
2. DE PRAKTIJKERVARING .....	10
2.1. Woon- en zorgcentra binnen het pilootproject .....	10
2.2. Schematische weergave volgens de kwaliteitscirkel .....	11
2.3. Beschrijving van de vier stappen .....	12
2.3.1. STAP 1: VISIE .....	12
2.3.1.1. Bezint eer ge begint! .....	12
2.3.1.2. Visie VZP in het WZC .....	12
2.3.1.3. Bij positief advies .....	12
2.3.2. STAP 2: VOORBEREIDING (Structuur – nadenken over ...) .....	14
2.3.2.1. Inleiding .....	14
2.3.2.2. Betrokkenen .....	14
A. Personen .....	15
B. Organen .....	16
2.3.2.3. Gesprek- en overleg .....	17
A. Hoe? .....	17
B. De gespreksstructuur .....	18
2.3.2.4. Documenten/dossier .....	21
A. De documenten .....	21
2.3.2.5. Vaardigheden .....	23
2.3.2.6. Voorbereiding implementatie .....	24
A. Informatiesessie .....	24
B. Proef draaien .....	25

2.3.3.	STAP 3: IMPLEMENTATIE (de uitvoering).....	26
2.3.3.1.	Inleiding .....	26
2.3.3.2.	Voeren gesprek(ken) – overlegmomenten .....	26
A.	Inleiding: betrokkenen .....	26
B.	Gesprekken .....	28
C.	VZP-Overleg .....	29
D.	Obstakels: samenvatting .....	30
2.3.3.3.	De documenten.....	32
2.3.3.4.	Tussentijdse evaluatie .....	33
A.	Inleiding.....	33
B.	Indicatoren .....	33
C.	Evaluatieformulieren .....	33
2.3.3.5.	Opname in het ziekenhuis .....	34
2.3.4.	STAP 4: CONTINUE EVALUATIE.....	35
2.3.4.1.	Inleiding .....	35
2.3.4.2.	Indicatoren .....	35
	ALGEMEEN BESLUIT .....	36
	GLOSSARIUM.....	37
	BIJLAGEN.....	38

**Graag het evaluatieformulier (Bijlage 4) terugsturen naar het  
Palliatief netwerk De Mantel vzw –  
Handelsstraat 1, 8800 Roeselare - [info@demantel.net](mailto:info@demantel.net)**

## INLEIDING

Vroegtijdige zorgplanning komt aan bod daar waar zorggraad toeneemt. Palliatieve zorg is bij uitstek het moment waarop duidelijk wordt wat mensen al of niet rond ziekte en gezondheid, alsook rond verwachtingen bij het levenseinde wensen. Maar wachten om in gesprek te gaan tot je bijna niet meer in gesprek kan gaan, brengt veel families en hulpverleners in moeilijke situaties. Dit is tevens onrecht doen aan die mensen die chronische zorgbehoeften hebben of mensen waar het levenseinde niet nabij is maar die duidelijke verwachtingen en wensen hebben ten aanzien van het leven.

Bewoners van een zorgvoorziening zijn hiervan een duidelijk voorbeeld. De stuurgroep ‘Palliatieve zorg in een woon- en zorgcentrum’ functionerend onder de koepel van het palliatief netwerk De Mantel vzw ervaarde dit heel duidelijk. Met deze groep werd VZP opgenomen en vertaald naar de eigen werkingen. Een proefproject werd opgericht.

De ambitie van het project bestaat erin alle WZC uit de regio Midden-West-Vlaanderen een kans te geven in het project in te stappen. Dit houdt in dat dit draaiboek een flexibel werkinstrument en naslagwerk moet worden waarin elk WZC handvaten kan vinden om de VZP-werking in het eigen WZC uit te bouwen en te implementeren. De flexibiliteit houdt ook in dat elk nieuw WZC dit draaiboek kan aanvullen met nieuwe bedenkingen en ervaringen.

Het draaiboek beschrijft:

- de basis waarop het VZP-project werd gebaseerd
- de praktijkervaring met het project

Daarnaast beoogt het proefproject nadruk te leggen op het belang van de continuïteit van zorg. Dit betekent dat we in deze aanvangsfase tevens ook betrokkenheid van de thuiszorg en ziekenhuizen wensen – hoewel dit in de eerste fase eerder minimaal kan geconcretiseerd worden. Deze betrokkenheid zou op een langere termijn binnen het proefproject geëvalueerd moeten worden.

Bijgevolg beoogt dit draaiboek niet volledig te zijn maar aangevuld te worden met de ervaringen van voorzieningen die straks mee in het VZP-traject stappen.

We besluiten deze inleiding met de definitie van vroegtijdige zorgplanning die het palliatief netwerk De Mantel hanteert binnen haar werking.

Eenzijds tegemoet komen aan wensen en verwachtingen van de patiënt en zijn familie m.b.t. **zorgbeperking** (niet behandel- en niet interventie beslissingen).

Anderzijds wensen en verwachtingen van de patiënt en zijn familie m.b.t. **zorguitbreiding en levenskwaliteitsverhoging** (toename comfortzorg en planning persoonlijk, familiaal en sociaal leven).

Getoetst zijn op **haalbaarheid** binnen de medische context en **wenselijkheid** binnen het huidige zorgaanbod.

Liefst handelen **vooraleer** de te verwachten problemen **dringende** beslissingen vereisen.

Dit in een **continu interactief** proces van overleg met **alle betrokken disciplines**.

En op een gestructureerde en gedocumenteerde manier zodat communicatie met andere zorgsettings mogelijk is.

Het draaiboek wordt mee ondersteund door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen – [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)

Meer concrete info m.b.t. visie en filosofie van VZP vind je terug op de site [www.delatstereis.be](http://www.delatstereis.be)

Je kunt er gratis volgende documenten downloaden :

- de flyer: ‘Ook de laatste levensreis wil je samen bespreken’
- de brochures: ‘Het levenseinde teruggeven aan de mensen’; ‘Ook de laatste levensreis wil je samen bespreken’
- het document: ‘Wilsverklaring inzake mijn gezondheid en levenseinde’

## 1. INSPIRATIEBRON: HET VZP-WERKMODEL

*Ghijsebrechts G., Van de Wiele M., De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. Tijdschrift voor geneeskunde, 65, 5, 2009.*

### 1.1. Inleiding

VZP-modellen zijn gebaseerd op verschillende visies en benaderingen. Bij het creëren van een toepasbaar model in de woon- en zorgcentra baseerde Dr. Ghijsebrechts zich op bestaande modellen.

#### A. Modellen m.b.t. het beslissingsniveau van de betrokken personen

- *Model 'Respecting Choices'*

Hier staat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt centraal. Het model stelt de wens en de keuze (autonomie) van de patiënt centraal. In dit model waar de patiënt zelf keuzes maakt kan de medische situatie sterk wijzigen waardoor de vooropgestelde keuze nog weinig hulp biedt voor de zorgverleners.

- *Model 'Family-centred / relationship-centred model'*

Dit model heeft een aanpak van totaalzorg. De inbreng van patiënt en familie bepalen de zorg en de behandelingskeuzen, waardoor beslissingen rond het levenseinde ook gedragen worden door familie en vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger. Het model is meer gebaseerd op de behoefte van zorg en niet alleen een bespreking van medische behandelingsmogelijkheden. Communicatie met en vertrouwen van de familie zijn belangrijk waardoor er ook aandacht gaat naar hoe familie en zorgverstrekkers functioneren in ethische moeilijke situaties.

#### B. Modellen m.b.t. de inhoud van de gesprekken

- *Model 'Intervention-specific planning'*

In dit model worden de medische ingrepen besproken die al of niet nog kunnen uitgevoerd worden in specifieke medische situaties die zich in de toekomst nog kunnen voordoen. Hierbij reduceert het gesprek zich tot een lijst van medische ingrepen en deze kunnen soms onvoldoende zijn voor de steeds wisselende, soms zeer complexe medische situaties die niet steeds voorspelbaar zijn.

- *Model 'Goal-Based planning'*

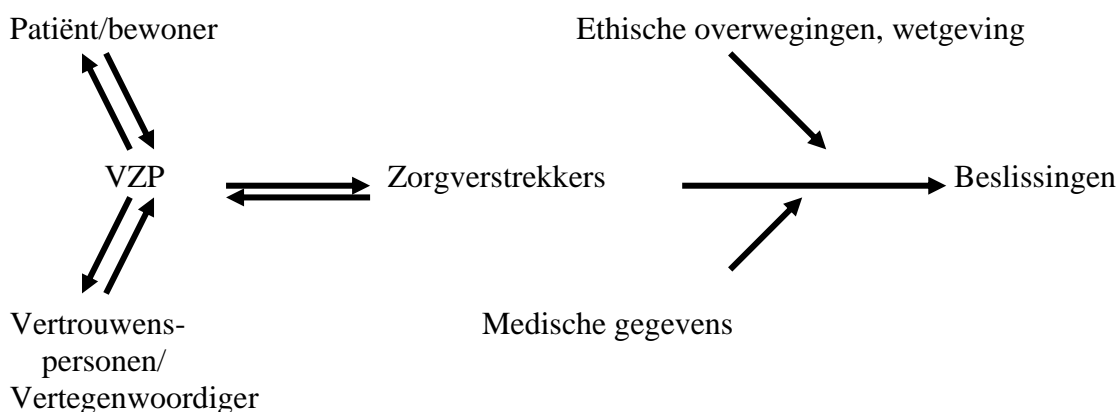
Hier worden doelstellingen besproken met de patiënt/bewoner. Muriel R. Gellick gaat er van uit dat er in een rusthuis hoofdzakelijk drie belangrijke doelstellingen in de medische zorg zijn: het verlengen van het leven, functies behouden en maximaal comfort bieden. Studies op dit model toonden aan dat patiënten of hun vertrouwenspersoon in staat zijn eigen doelstellingen te bepalen, deze doelstellingen vertaald kunnen worden in een zorgpad en als men het zorgpad eenmaal kent, hulp kan geboden worden aan de arts om in te grijpen in acute situaties.

Een werkbaar VZP-model voor het WZC moet aan een aantal criteria voldoen:

- Duidelijke visie vertonen
- Toepasbaar zijn op alle bewoners
- Hulpinstrument zijn
- Flexibel zijn – geen statisch gegeven
- Gebruiksvriendelijk zijn
- Kader/structuur
- Resultaat eenvoudig en schematisch zijn
- Ruimte laten voor eigen inbreng

## 1.2. Het beslissingsproces

In onderstaand schema wordt het proces weergegeven waarop men met de patiënt/bewoner op weg gaat om wensen en verwachtingen te concretiseren en te komen tot patiëntgerichte beslissingen.



### 1.3. Het VZP-model

Het model wil een kader schetsen, een visie geven, doelstellingen bepalen waarbinnen iedere zorgverstrekker werkt en dit steeds in de geest zoals de bewoner of de vertegenwoordiger dit samen met de zorgverstrekker(s) besproken heeft.

Het werkmodel bestaat uit de drie doelstellingen zoals hierboven beschreven met een gradatie.

1. De doelstelling ‘verlengen van het leven’ (VL) houdt in dat deze bewoners de maximale (zinvolle) medische zorgen krijgen om het leven te kunnen verlengen en zij zijn dan ook bereid om in een ziekenhuis (H) behandeld te worden indien dit nodig is. De andere doelstellingen, ‘behouden van functie’ (BF) en ‘maximaal comfort’ ® zijn dan vanzelfsprekend ook van toepassing.
2. Als de doelstelling, verlengen van het leven, een te grote belasting wordt voor de patiënt om deze nog te realiseren, dan worden de doelstellingen ‘behouden van de functies’ (BF) (bv.: hartfunctie bij hartfalen, longfunctie bij COPD, het stappen bij een heupprothese, maximaal functioneren bij dementie...) en ‘maximaal comfort’ nagestreefd. Bij deze doelstellingen kan het zijn dat het al of niet hospitaliseren in vraag gesteld wordt. Wordt er voor hospitalisatie gekozen, dan zal deze zich beperken tot de onderzoeken en behandelingen die vooral met het behoud en herstel van de functies te maken hebben. Wenst de bewoner nog enkel in het rusthuis® behandeld te worden dan zal hij daar de maximale medische zorgen krijgen om zijn functioneren zo goed mogelijk te behouden.
3. Is enkel de doelstelling van ‘comfortzorg’ ® nog haalbaar dan is hospitalisatie in de regel niet van toepassing en wordt de comfortzorg in het rusthuis® gegeven. Dit veronderstelt wel dat het rusthuis goede comfortzorg kan bieden.

Deze doelstellingen worden vertaald in behandelingsrichtlijnen en zorg. Deze richtlijnen zijn niet absoluut. Het is best mogelijk dat men na overleg afwijkt van deze richtlijn. Een voorbeeld hiervan is dat bij iemand waarvoor alleen de doelstelling comfortzorg nog haalbaar is, nog kort gehospitaliseerd kan worden voor een kleine ingreep die het comfort kan verbeteren. Op ieder ogenblik kunnen de doelstellingen aangepast worden indien de bewoner dit wenst of na overleg met de vertegenwoordiger en in functie van de medische situatie. Iedere zorgverstrekker vertaalt de doelstelling in een behandelingsrichtlijn of zorg, handelend in zijn eigen discipline.(zie fig).



<b>Doelstelling</b>	<b>Behandeling</b>	<b>Onderzoek</b>	<b>Verpleging</b>	<b>Kine</b>	<b>Ergo</b>	<b>Voeding</b>	<b>...</b>
<b>VL H</b>	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	
<b>BF H</b>	Maximaal herstel van de functies, minimale belasting	Beperkte hospitalisatie is mogelijk	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	
<b>BF R</b>	Maximaal herstel van de functies, minimale belasting	Ambulante onderzoeken	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	
<b>C R</b>	Palliatief	Geen of uitzonderlijk	Comfort	Comfort	Comfort	Comfort	

**Figuur 1:** Doelstellingen vertaald naar zorg

Verklaring afkortingen:

**VL :** Verlengen van leven

**BF:** Behouden van de functies

**C:** Maximaal comfort bieden

**H:** Hospitalisatie is nog gewenst

**R:** Verzorging in rusthuis (Hospitalisatie is niet meer gewenst)

## **2. DE PRAKTIJKERVARING**

### **2.1. Woon- en zorgcentra binnen het pilootproject**

Het draaiboek werd opgemaakt o.b.v. de ervaringen van drie woon- en zorgcentra. Deze ervaringen werden gebundeld gedurende de duur van het project, m.n. van 1 maart 2009 tot 28 februari 2010.

Elke voorziening heeft zijn eigen historiek, visie, handelingen en gebruiken. Verschillend zijn is goed en betekent dat de werkwijze om een zorgcultuur uit de bouwen van huis tot huis kan verschillen. Dit leert ons ook dit project. Om deze reden schetsen we hier kort de drie zorgvoorzieningen.

#### **WZC1:**

- OCMW
- 90 bewoners
- Personeelsbezetting
  - o 15 verzorgenden/ 16 VTE verpleegkundigen
  - o 41 huisartsen

#### **WZC2:**

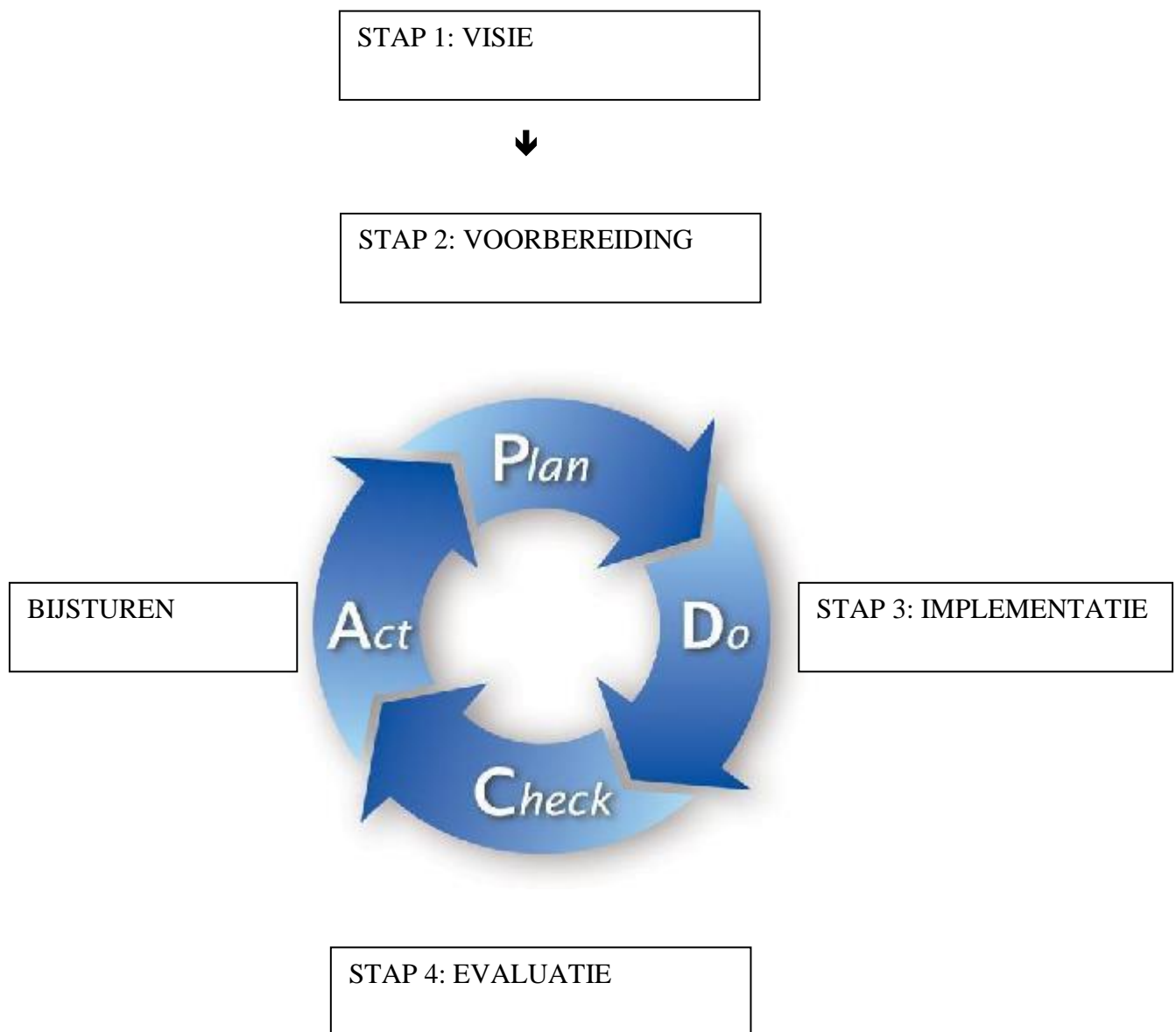
- Privé
- 92 bewoners
- Personeelsbezetting
  - o 16,6 VTE verzorgenden/ 14,35 VTE verpleegkundigen
  - o 31 huisartsen

#### **WZC3:**

- Privé
- 61 bewoners
- Personeelsbezetting
  - o 13,75 VTE verzorgenden/ 9,92 VTE verpleegkundigen
  - o 15 huisartsen

**Citaat: “Er zijn geen redenen om het niet te doen, het biedt alleen maar mogelijkheden”**

## 2.2. Schematische weergave volgens de kwaliteitscirkel



**De cirkel herhaalt zich constant. Elke evaluatie leidt tot aanpassing, bijsturing en uitvoering.**

## **2.3. Beschrijving van de vier stappen**

### **2.3.1. STAP 1: VISIE**

#### **2.3.1.1. Bezint eer ge begint!**

- Wat verstaan we onder VZP in ons WZC?
- Willen we dit en waarom?
- Staat de directie achter het concept en de cultuuruitbouw? Waar situeert zich hun betrokkenheid?
- Wordt dit de huisstijl die alle betrokkenen (hulpverleners, bewoners en familie) in het WZC moeten volgen als ze in de voorziening komen?

#### **2.3.1.2. Visie VZP in het WZC**

- VZP kadert binnen de algemene visie/missie/opdrachtverklaring van het WZC
- VZP kadert binnen goede zorg – Wat versta je onder VZP en wat onder basiszorg?
- Betrokkenheid van ALLE actoren (directie, bewoner, familie, huisarts, personeel, CRA...)
- VZP ruimer dan palliatieve zorg en levenseinde.
- VZP op tijd starten in functie van anticiperen op problemen
- Keuzevrijheid van de bewoner om over VZP na te denken.
- Mogelijkheid voor de bewoner om wensen/verwachtingen steeds bij te sturen.

#### **2.3.1.3. Bij positief advies**

- Stel een centrale figuur of verschillende centrale figuren aan (met bij voorkeur zegkracht over de hele voorziening) die gemachtigd zijn om de cultuur in een voorziening uit te bouwen en te implementeren. (bv. directeur, hoofd bewonerszorg, hoofdverpleegkundige, ...)
  - o Bekijk welke personen/werkgroep/... de visie zal omzetten in een concreet werkbaar zorgcultuur. (Palliatieve werkgroep, maandelijks interdisciplinair overleg, ...)

- Voorzie een voorbereidingsfase waarbij stap 1 en stap 2 heel duidelijk en overzichtelijk uitgewerkt zijn. Voorzie hiervoor voldoende tijd!
- Voorzie GROEITIJD – iedereen (intern/extern) moet weten dat VZP de werkwijze is binnen de voorziening!
- Vermijd overlapping van overdrachtsmomenten en gebruik van documenten door een goeie voorbereiding en tijdige evaluatie. Stippel een duidelijke structuur en tijdslijn uit.
- Betrek de huisartsen van bij het begin bij de cultuurvorming.
- **VERANDERING ZORGT VOOR WEERSTAND.** Weerstand is bij uitstek een gelegenheid om in gesprek te gaan – geef erkenning aan de weerstand om de moeilijkheid aan te pakken en samen te zoeken.

## 2.3.2. STAP 2: VOORBEREIDING (Structuur – nadenken over ...)

### 2.3.2.1. Inleiding

Vertrek vanuit de bestaande structuur. Bekijk wat er reeds voorhanden is op vlak van gesprekken en overleg, documenten, betrokkenen/overlegorganen, deskundigheden. Ga na of je met het bestaande de visie VZP kunt bereiken en heroriënteer waar nodig. Onderstaande stappen kunnen hierbij helpen.

Boven alles: denk goed na en hou het eenvoudig!!

### 2.3.2.2. Betrokkenen

Iedereen in en om het WZC is betrokken partij in de VZP-cultuurvorming – elk vanuit zijn/haar plaats en deskundigheid t.o.v. de bewoner.

A. Personen	B. Organen
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bewoner</li><li>○ Vertegenwoordiger</li><li>○ Familie</li><li>○ Huisarts</li><li>○ Verplegend en verzorgend personeel</li><li>○ Sociaal verpleegkundige</li><li>○ Palliatief referentie verpl.</li><li>○ CRA</li><li>○ Kine, ergo, diëtist, keuken</li><li>○ Logistieke en technisch personeel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Opnamegesprek</li><li>○ Bespreking bij wissel van de wacht</li><li>○ Teamoverleg</li><li>○ Stafvergadering</li><li>○ Palliatieve werkgroep</li><li>○ Multidisciplinair team / interdisciplinair overleg</li><li>○ Bewonersraad, familieraad</li></ul>

## A. Personen

- Het gaat om de wensen van de bewoner – ga bij voorkeur (tenzij onmogelijk) in gesprek met de bewoner. (ook de dementerende bewoner, bewoner met afasie)
  - o VZP is voor veel families een taboe.
  - o Indien niet, motiveer duidelijk waarom met de bewoner niet in gesprek wordt gegaan. Maak dit een gedragen beslissing van huisarts, familie en team.
  - o Beslissingsrecht ligt bij de bewoner.
- Laat de bewoner bij voorkeur (tenzij onmogelijk) zijn/haar vertegenwoordiger(s) kiezen.

[www.vlaamspatiëntenplatform.be](http://www.vlaamspatiëntenplatform.be)

Je bent minderjarig:		Je rechten worden uitgeoefend door je ouders of voogd
Je bent meerderjarig en wilsbekwaam:		Je oefent zelf je rechten uit
Je bent meerderjarig met het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamheidsverklaring:		Je rechten worden uitgeoefend door je ouders of voogd
Je bent meerderjarig en wilsbekwaam:	Je hebt vroeger een vertegenwoordiger aangeduid:	De door jou aangeduide vertegenwoordiger neemt FORMEEL je rechten op.
	Je hebt vroeger geen vertegenwoordiger aangeduid:	Je wordt INFORMEEL vertegenwoordigd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>-je samenwonende echtgeno(o)t(e), je wettelijk of feitelijk samenwonende partner</li> <li>-wanneer er geen partner is of hij/zij dit niet wenst op te nemen: een meerderjarig kind</li> <li>-wanneer er geen kind is of hij/zij dit niet wenst op te nemen: een van je ouders</li> <li>-wanneer er geen ouder is of hij/zij dit niet wenst op te nemen: een meerderjarige broer of zus</li> <li>-wanneer er geen broer/zus is of hij/zij dit niet wenst op te nemen: de beroepsbeoefenaar, in multidisciplinair overleg.</li> </ul>

- Familie:
  - o Meestal zal een familielid als vertegenwoordiger aangesteld worden.
  - o Families goed betrekken is belangrijk. (Tenzij de bewoner uitdrukkelijk zelf aangeeft dat familie niet op de hoogte mag worden gebracht – cf. wet op de patiëntenrechten)
  - o Hou er rekening mee dat VZP voor families vaak nog in een taboesfeer hangt.
- De huisarts is de meest vertrouwde tussenpersoon voor de bewoner tussen de thuiszorg en het WZC.
  - o Betrek de huisartsen reeds op het moment dat de visie wordt uitgeschreven en betrek hen intens bij de VZP-cultuurvorming in de voorziening.

- Bepaal duidelijk waar en wanneer je met de huisarts in contact wenst te gaan in functie van vlotte benadering wensen, verwachtingen, noden van de bewoner. (vóór of bij opname, gedurende het verblijf)
- De CRA kan helpen om de huisstijl aan de collega-huisartsen over te brengen.
- De aanwezigheid, autoriteit, advies, informatie en betrokkenheid zijn een geruststelling voor familie en bewoner.
- Alle personeel betrekken – ongeacht leeftijd, specialisme.
  - Ga na welke rol elk heeft in het VZP-gebeuren.
  - Ga na hoe je iedereen betrokken houdt!
  - Betrek ook verpleging/verzorging van de nacht, logistiek personeel, ...
  - AANDACHT:
    - **Privacy en beroepsgeheim** moeten bij het nadenken over ‘wie is waar betrokken’ in gedachte worden genomen.
    - **Drukke, verlof- of vakantieperiodes, veel ziektes bij medewerkers** ... zijn valkuilen om niet aan cultuurwijziging te werken. Denk nu goed na hoe je daarmee omgaat.

## **B. Organen**

- Benut bestaande overlegorganen voor uitwisseling van informatie i.v.m. een bewoner – kun je bestaande structuren niet benutten zoek naar een alternatieve structuur om je doel te bereiken.
  - Een familieraad omtrent VZP maakt de latent aanwezige interesse bij bewoners en familie wakker en leidt mogelijks tot vragen.



### 2.3.2.3. VZP-gesprek en -overleg

#### - **Het VZP-gesprek**

- De individuele contacten/gesprekken zijn bedoeld om een duidelijk beeld te krijgen van de wensen en verwachtingen van de bewoner.
- Het VZP-gesprek omvat het gesprek met de bewoner – gaat dieper in op de geïnventariseerde noden van de individuele contacten/gesprekken.

- **Het VZP-overleg** omvat het samenzitten van alle betrokkenen rond de bewoner en het bespreken van de gebundelde wensen en verwachtingen van de bewoner tot het bekomen van een goeie zorg- en behandelvisie voor die bewoner. Dit bij voorkeur in aanwezigheid van de bewoner.

#### **A. Hoe?**

- Leg duidelijk de **gespreksstructuur** vast (kijk hierbij welke momenten hiervoor reeds voor handen zijn).
  - Vóór opname (eventueel)
  - Bij opname (opnamegesprek)
  - Individuele gesprekken/contacten gedurende de eerste weken/maanden van het verblijf
    - Het gesprek met de bewoner
    - Tussentijdse contacten van alle betrokkenen betreffende een bewoner
  - VZP-gesprek na ± 2 maanden verblijf
  - VZP-overleg na ± 2 maanden verblijf
  - Een jaar later
  - Bij wijziging gezondheidstoestand
  - Bij terugkeer na opname ziekenhuis
  - ...
- Bepaal wat je op de verschillende gespreksmomenten zult bespreken
  - Positieve zorg- en behandelbeslissingen – wat wel nog kan – juridisch niet afdwingbaar
  - Negatieve zorg- en behandelbeslissingen – wat niet meer hoeft – juridisch afdwingbaar

## B. De gespreksstructuur

- Vóór opname
  - Elke bewoner heeft reeds een voorgeschiedenis. Het kan waardevol zijn om info te verzamelen bij familie, huisarts, thuisverpleging, thuishulp, ...
  - Soms voert een WZC een bezoek bij aanmelding van een eventuele opname ten huize van de bewoner.
- Opnamegesprek
  - Wanneer gebeurt dit?
  - Door wie? (sociale dienst, ...)
  - Wat wordt besproken? (fiche, dossier, ...)
  - Hoe komt deze info bij de betrokkenen? (op eerste teamoverleg, ...)
  - Timing
    - Hier reeds melden dat er twee luiken besproken worden. (positief luik en negatief luik). De voorziening bepaalt waar en wanneer deze twee luiken aan bod komen.
- Elk individueel gesprek/contact tussen betrokkenen in relatie tot VZP
  - Wanneer? Elk moment van de dag (overdracht, aan bed van de bewoner, ...)
  - Wie voeren gesprekken?
    - Alle verpleegkundigen en verzorgenden
    - De toegewezen persoon per bewoner
    - De hoofdverpleegkundige
    - Paramedici
    - Huisarts
    - Logistieke hulp, ...
    - ...
  - Van een gesprek/contact wordt een **kleine nota** (indien relevant voor VZP) gemaakt op een daarvoor voorziene plaats – in een van de voorziene documenten. Er wordt bepaald wie wat waar mag noteren of via welk kanaal de informatie toch geformaliseerd wordt.
    - Bv. De poetsvrouw verneemt duidelijke wens van de bewoner en meldt dit aan de hoofdverpleegkundige, gezien de poetsvrouw niet noteert in het dagboek.

- Onthoud dat in drukke periodes het noteren soms vergeten wordt. Bekijk hoe je hierop zal anticiperen.
- **Het VZP-gesprek:** het gesprek met de bewoner.
  - Wanneer wordt dit gesprek gepland?
    - Gesprek na ± twee maanden verblijf – gesprek loopt vlotter als je de bewoner al even kent en een vertrouwensrelatie werd opgebouwd (bv. persoonlijke zorgdrager per bewoner volgt dit op).
    - Een jaar later – wie volgt op dat gesprek herhaald wordt?
    - Eventueel tussentijds (bij verandering van toestand, situatie, ontslag ziekenhuis ...)
  - Wie voert dit gesprek / wie leidt dit gesprek?
    - Hoofdverpleegkundige, referentie verpleegkundige palliatieve zorg, alle verpleegkundigen en verzorgenden, de toegewezen persoon per bewoner, huisarts, familie ...
    - Voeren 1 of 2 personen dit gesprek?

Voordeel met 2	Nadeel met 2
Leermethode	Tijd
Steun bij elkaar	Personeelstekort
Elkaar kunnen bevragen	Financieel
Elkaar vaardiger maken	Bedreigend voor bewoner

- **AANDACHT:** niet iedereen voert dit gesprek – ook niet-behandelde beslissingen, ethische reflecties moeten aan bod komen en dit vraagt zekere kennis en deskundigheid.
- Wat willen we in dit gesprek besproken zien? (gebruik ev. checklist)
  - Positief en negatief luik
  - Thema's m.b.t. 4 domeinen van palliatieve zorg
  - Medische ethische thema's
- Hoe wordt het gesprek begonnen?
  - Bij voorkeur starten met een bewoner die je reeds langer kent – voeling krijgen.
  - N.a.v. afgeven brochure
  - Na een bewonersraad of familieraad

- Maak van de VZP-gesprekscultuur bij voorkeur een huiscultuur.
  - Wie neemt verslag? Wat zet je in het verslag?
- Het **VZP-overleg** (± twee maand na opname + na het VZP-gesprek met de bewoner)
  - Loopt soms samen met een tevredenheidsenquête
  - Wie moet aanwezig zijn?
    - Bewoner, familie, huisarts, persoon die het gesprek voerde met de bewoner, verpleging, directie, ...
  - Bepaal wie het overleg leidt? (moderatorfunctie: gekoppeld aan visie van de voorziening)
  - Wat bespreken? (ev. steekfiche als houvast)
    - Overlopen positief luik + aanvullen
    - Bespreken negatief luik
    - Bepalen DNR-codes
    - **VZP-code** (zie bijlage 2) – duid code duidelijk/zichtbaar aan in dossier + hang die op een voor het personeel zichtbare plaats.
    - ...
  - Bepaal het ogenblik **WANNEER** en **WIE** het besluit van het overleg aan de betrokkenen die ev. beslissing moeten uitvoeren wordt gecommuniceerd.
  - Bepaal wanneer een nieuw overleg kan georganiseerd worden en wie hiervoor het voortouw neemt?
    - Bij voorkeur systematisch en continu.
  - Bepaal hoe een gewijzigde code, afspraak gecommuniceerd wordt en op een duidelijke zichtbare plaats gewijzigd wordt.
    - Wees alert voor routine – zaken worden afgetekend zonder nadenken!

#### **2.3.2.4. Documenten/dossier**

- Bepaal welke documenten noodzakelijk zijn voor de doelstelling – beperk het aantal
  - o Brochure VZP
  - o Bij opname: opnamedossier
  - o Bewonersdossier, dossiermap, zorgdossier, medisch dossier met VZP-luik
  - o Behandelingsrichtlijn met VZP-code (zie bijlage 2)
  - o DNR-code (zie bijlage 1)
  - o Verwijsformulier voor het ziekenhuis
  - o Dagboek per bewoner
- Bekijk welke documenten er reeds voorhanden zijn, pas ze eventueel aan. Zijn ze niet toereikend – schrap ze of ontwikkel nieuwe, gericht op de doelstelling.
- Uitschrijven wat elke betrokkene kan mag doen t.a.v. de bewoner. Aandacht voor privacy en beroepsgeheim.

#### **A. De documenten**

- Opnamedocument
  - o Opnamefiche, dossier
  - o Brochure meegeven (steun voor wat op dat ogenblik moeilijk bespreekbaar is)
  - o Dit document moet een totaalbeeld geven van de bewoner – incl. beleving.
- Gebruikte documenten tijdens verblijf (Bewonersdossier, dossiermap, observatieblad, zorgdossier, medisch dossier met VZP-luik, behandelingsrichtlijn met VZP-code, DNR-code, formulier ethische besluitvorming, verwijsformulier voor het ziekenhuis)
  - o Vermijd overlapping van documenten. (Bij een elektronisch dossier – ga na hoe je VZP-luik geïntegreerd krijgt)
  - o Bespreken + noteren wie de vertegenwoordiger is (juridische waarde) (Psychologisch gezien zijn er soms meerdere vertegenwoordigers)
  - o De behandelingsrichtlijn met VZP-code, DNR-code en verwijsformulier voor ziekenhuis vormen bij uitstek één document dat zowel in het WZC als in het ziekenhuis herkenbaar is.
  - o Voorzie een plaats waar bewoner, huisarts, vertegenwoordiger de gemaakte afspraken kan ondertekenen.

- Behandelingsrichtlijn met VZP-Code
  - Voorzie ruimte voor de nuances die bij een toegekende code horen – zodat het duidelijk is hoe te handelen voor mensen die niet op een overleg aanwezig waren.
  - Naast de VZP-behandelingsrichtlijn:
    - Geef een duidelijke zichtbare plaats aan waar de VZP-code snel consulteerbaar is. (bv. sticker op medisch dossier, lijst aan de muur in het verpleeglokaal, ...) Ook de verpleegkundige met wachtdienst moet de code vinden.
    - Zorg dat de verslagen/afspraken van de VZP-gesprekken en –overleg ook vlot terug te vinden zijn.
  - Duid aan wie verantwoordelijk is voor het aanpassen van de VZP-code.
- Verwijsformulier bij opname ziekenhuis
  - Een herkenbaar document voor WZC en ziekenhuizen.
  - Bij voorkeur een document in opvallende kleur waarop de VZP-code en DNR-code samen vermeld staan.

### 2.3.2.5. Vaardigheden

Afspraken maken wie wat moet volgen. Opleiding kost geld. Investeren in goeie opleiding is geen overbodige luxe.

Communicatie en gesprekstechnieken:

- Leren open en direct te communiceren.
- Leren observeren en signaleren (hoe kijken, herkennen, denken en handelen)
- Gespreksleider, coachen van personeel
- Wanneer en hoe een gesprek beginnen, hoe verwoorden, wie leidt het gesprek, wie neemt het eerste woord, wie maakt verslag, wie bewaakt de tijd
- Leren VZP aanbrengen – negatief luik bespreekbaar maken
- Communicatie met een dementerende bewoner?
- Communicatie over ziek zijn, dood en sterven te praten
- Hoe deskundigheid op vlak van zorg en observaties communiceren aan de huisarts. Hoe weinig betrokken familie erbij halen? Hoe omgaan met tegengestelde belangen van en conflicten binnen families?

Teamgericht werken:

- Hoe een team betrokken maken – hoe communiceren over alle afdelingen heen
- Samen uitdenken hoe iets kan worden aangepakt.
- Hoe de huisartsen betrekken?
- Kennis over het gebruik van de VZP-code en DNR-code

Individueel

- Inzicht in eigen verlieservaring
- Hoe plaats geven aan eigen verhaal, eigen visie op VZP?
- Met hulp van anderen: hoe afgrenzen, bewust zijn van ‘gekleurd’ luisteren, interpretaties.

Palliatieve zorg

- Basisopleiding
- Goede kennis rond medische beslissingen bij het levenseinde (euthanasie, wilsverklaring m.b.t. euthanasie, wilsverklaring m.b.t. gezondheid – procedures rond dit alles). Duidelijke visie ontwikkelen binnen de voorziening.

Intervisies voor leidinggevenden

### **2.3.2.6. Voorbereiding implementatie**

De implementatiefase vraagt tijd en inspanning. Iedereen meekrijgen is een uitdaging. Implementeren omvat veel bevragen, veel herhalen en op tijd bijsturen!

#### **A. Informatiesessie**

##### **Wanneer, aan wie en hoe?**

Informeer alle betrokkenen over de visie die het WZC hanteert m.b.t. VZP, alsook de werkwijze die het WZC hierbij zal hanteren naar elke bewoner.

Wanneer?

- Nadat de items uit STAP 1 grondig werden besproken en in kaart gebracht.

Wie?

- Alle betrokkenen (bewoners en hun familie, huisartsen, alle personeelsleden)

Hoe?

- Bewoner en familie – via bewoners- en familieraden, via brochure, via dagelijkse contacten, via dagelijkse activiteiten, infoavond...
- Huisartsen – jaarlijkse bijeenkomst, individueel contact, schrijven, infoavond ...
- Alle personeelsleden – personeelsvergadering/vorming, nota, infoavond...

##### **Wat wordt gecommuniceerd?**

- Alle stappen uit fase 1 moeten aangehaald worden.
- Iedereen moet zich vanuit zijn functie en positie duidelijk ...
  - o betrokken voelen
  - o bewust zijn wat van hem/haar verwacht wordt

##### **Aandachtspunten**

- Persoonlijke visie mag er zijn, maar naar de visie van het huis moet gehandeld worden. Luister naar de redenen waarom mensen de huisvisie niet volgen – suggesties kunnen verrijkend zijn.
  - o Voorzie in de planning duidelijke overlegmomenten voor de medewerkers waar feedback gegeven wordt over het verloop van de cultuuruitbouw, de knelpunten en veranderingen. (bv. Overdracht, Vorming, ...)



## **Eventuele instructies De Mantel**

Vanuit het palliatief netwerk De Mantel kan slechts een informatieles rond VZP gegeven worden indien aan bovenstaande voorwaarden in stap 1 en 2 voldaan is.

### **B. Proefdraaien**

Het kan een keuze zijn om met enkelen die de procedure hebben uitgedacht een proefperiode in te bouwen (bv. op een afdeling). Hierbij probeert men voeling te krijgen met de noodzakelijke communicatievaardigheden, de te gebruiken documenten, de praktische werkbaarheid en het waarborgen van de continuïteit.

Hou echter steeds in gedachte dat cultuurvorming echter op instellingsniveau dient te gebeuren en voorzie dit mee in de planning.

Aandacht: gedoseerd starten lokt een stroom aan vragen uit (bv. Waarom voer je zo'n gesprek niet met mij?...). Denk vooraf na hoe je daarnaar handelt.

### **2.3.3. STAP 3: IMPLEMENTATIE (de uitvoering)**

#### **2.3.3.1. Inleiding**

- Bepaal de startdatum waarop de eerste gesprekken worden aangevat.
- Gedoseerd starten – respecteer de groeitijd! Bepaal dit op voorhand!
  - o Vb. Alle nieuw opgenomen bewoners vanaf datum die je voorop stelt
  - o Vb. Vertrouwde bewoners en families
  - o Vb. Eén bewoner per maand
- Betrokkenheid van iedereen – geen eenmansgebeuren
- Iedereen moet zijn/haar taak kennen
- Maar iedereen moet de kans krijgen om te groeien – ook nieuwe collega's!
- Respecteer de keuze van de bewoner om al of niet het gesprek aan te gaan.

#### **2.3.3.2. Voeren gesprek(ken) - overlegmomenten**

##### **A. Inleiding: betrokkenen**

###### **➤ Bewoner**

- De bewoner hoeft niet ziek te zijn om in gesprek/overleg te gaan.
  - o Ga tijdig in gesprek zodat kan worden geanticipeerd op problemen.
  - o Meld bij opname dat zo'n VZP-gesprek volgt = de huisstijl.
  - o Opname kan een moment van rouw zijn – gelegenheid voor een gesprek.
  - o Betrek bewoner en/of vertegenwoordiger
- Het is NOOIT te vroeg voor een gesprek/overleg!
  - o Ontwikkel je communicatievaardigheden
  - o Voorzie in opleiding rond communicatie
- Verlies bewoners die niet voor zichzelf kunnen opkomen niet uit het oog (bv. bij dementie, afasie, ... )
  - o Overleg ev. eerst met huisarts en familie die de bewoner het beste kennen om akkoord te vragen en inhoudelijke afstemming te bekomen.
  - o Familie van een bewoner met dementie kan steun vinden door in een VZP-gesprek in te stemmen – vorm van anticipatorische rouw.
  - o Ontwikkel een ethische reflectie:

vertrek nooit vanuit veronderstellingen – maar vertrek vanuit feitelijkheden met duidelijk aftoetsen van waarden en normen van de betrokken partijen.

➤ **Familie**

- VZP-gesprek = ventilatiemoment.
- Indien familie weinig betrokkenheid toont:
  - Ga na wat hier mogelijk de oorzaak van is.Indien geen negatieve indicatie:
  - Blijven uitnodigen op overleg
  - Blijven toelichten wat werd beslist
  - Ev. een schriftelijk verslag opsturen
- Indien familie niet klaar is voor gesprek over vader/moeder
  - Moeilijke beslissingen niet alleen overlaten aan familie of bewoner – betrek de huisarts mee in het nemen van de beslissingen.
  - Er bestaan geen lastige families: lastige families = bezorgde families!
  - Een familielid geeft andere info/oplossingen dan een professioneel persoon.
  - Geef erkenning aan mensen die opname in het WZC, ziekte of dementie niet aanvaarden.
  - Signaleer ook kleine zaken (gekwetst, verkouden, ...). Dit verhoogt betrokkenheid en vertrouwen.
- VZP-gesprekken voeren gaat vlotter als patiënt en familie de diagnose kennen.
- Leer signalen zien, beluister, interpreteer en vertaal. Leer boodschappen achter het gedrag achterhalen en begrijpen.
- Maak de angsten om in gesprek of in overleg te gaan bespreekbaar. Bewoners, familie voelen angst aan en zullen met hun verhaal niet komen. Luisteren op zich is al heel belangrijk.
- Bevraag mensen goed, peil of je ze goed begrepen hebt en vat samen.
- Bewaak dat de gesprekken en het overleg binnen de werkuren gebeuren.
  - Familie heeft één bewoner te bespreken, het personeel/huisartsen meerdere bewoners!

## B. Gesprekken

### - Het opnamegesprek

- Laat hier duidelijk blijken dat VZP de huiscultuur en -stijl is.
- Bij voorkeur een kennismaking en eerste informatiegesprek (door sociale dienst, aan de hand van een koffietafel, ...)
- Bij voorkeur reeds melding maken van VZP-gesprekstructuur en –cultuur waarbij na een aantal maanden dit gesprek hernomen wordt maar ook zorg – en behandelingsbeslissingen rond ziekte en gezondheid worden besproken. (negatief luik)
- Gezien het negatief luik in dit eerste gesprek moeilijk bespreekbaar is kan aan de hand van een brochure gemeld worden hoe en wanneer het VZP-gesprek met de bewoner in een verdere fase verloopt en na een ruimer gesprek enkele maanden na verblijf terug wordt opgenomen.
- Verandert de bewoner van huisarts bij opname – betrek die huisarts ev. nog in de opname.
- Eerste kennismaking met de bewoner: maak een verslag van het gesprek bij opname. De persoon die het opnamegesprek gevoerd heeft kan dit verslag in het eerste teamoverleg aan de verpleging van de afdeling communiceren.
- Verwerf ook informatie uit de thuiszorg – via familie, huisarts, thuisverpleegkundige, ...

### - Individuele gesprekken/contacten = verzamelen van info

- Inventariseren van info is geen doel op zich, maar een middel tot.
- Neem minstens een tweetal maanden om de bewoner te leren kennen
  - Groei van wederzijds vertrouwen.
  - Tot rust komen van de nieuwe bewoner in zijn/haar nieuwe thuis.
- Leer signalen herkennen
- Het gesprek met de bewoner
  - Voorzie eventueel een steekfiche als houvast met wat je op dat ogenblik met de bewoner wenst te bespreken
- Tussentijdse contacten
  - Onthoud dat elk gesprek tot nieuwe afspraken kan leiden.

- Het VZP-gesprek met de bewoner
  - De communicatiestijl bepaalt hoe de gesprekken ervaren worden.
  - VZP-gesprekken samen met de huisarts voeren biedt wederzijdse ondersteuning en veiligheid.
  - Waar het starten van een gesprek stroef loopt start men bij voorkeur vanaf te voorziene problemen. (bv. te verwachten problemen na stellen van een diagnose,...)
  - Aandachtspunten:
    - Duid aan welke disciplines of personen de gesprekken voeren.
    - Zorg dat het gesprek uiteindelijk niet de taak van één persoon wordt!
    - De personen die het gesprek met de bewoner voeren moeten zeker gesteund worden! (klankbord)

### **C. VZP-Overleg**

- Duid aan welke disciplines of personen het overleg leiden.
  - Inleiden overleg, erkenning geven aan inzet en betrokkenheid, doel van het gesprek situeren, verloop van het gesprek volgen, iedereen aan het woord laten, samenvatten, conclusie maken, afronden.
  - Medewerkers hebben de neiging om gesprekken en overlegmomenten in de schoot van de leidinggevenden te leggen. Benadruk het belang van eigen aandeel en de eigen verantwoordelijkheid.
- Zorg dat de huisarts op dit overleg aanwezig is
  - Hoe meer personeel een huisarts aanspreekt, hoe groter de kans dat je ook de betrokkenheid van de huisarts verhoogt – ook wat het participeren in een VZP-gesprek betreft. (aanspreken is erkenning geven.).
  - Kies een moment dat er geen raadpleging is en de huisarts er kan zijn.
  - Vraag of de huisarts dit overleg wil leiden.
  - In functie van de tijd, bekijk wat zeker in aanwezigheid van de huisarts moet besproken worden.
  - Het kan waardevol zijn om de arts net voor het gesprek een korte toelichting te geven hoe de aanpak is van een VZP-gesprek.

- Therapeutisch hardnekkige huisartsen blijven vaak strikt bij het medisch luik in het VZP-gesprek. Net die groep huisartsen nodig je best uit in het verder gesprek om tot medisch-ethisch verantwoorde beslissingen te komen. (toekennen code)
- UITZONDERING: Wat als de huisarts afwezig is?
  - Bespreek wanneer en wie de gemaakte afspraken zal briefen.
  - Elke keer opnieuw betrokkenheid vragen!!
- Ken een VZP-code toe
- Vermeld de VZP-code op een duidelijke zichtbare plaats zodat op elk acuut moment kan gehandeld worden volgens de gemaakte afspraken. (tenzij om medische redenen op dat moment daarvan wordt afgeweken.)
  - bv. sticker op voorpagina medisch dossier (zichtbaar op crisismoment)
  - goed toelichten wat per code per bewoner wordt bedoeld
- Laat familie en bewoner ook de keuze om ‘niet te kiezen’ en de arts als eindbeslisser te laten.
- Vertaal in dit overleg alle verzamelde info omtrent de bewoner betreffende behandelingsrichtlijnen en goeie zorg.
- Leg schriftelijk vast wat in dit overleg bepaald werd (afspraken en codes).
- Pols op het einde van het overleg wat aan anderen mag gecommuniceerd worden.

#### **D. Obstakels: samenvatting**

##### **Op niveau van familie en bewoner**

###### **➤ familie**

- Angst bij familie om bewoner te betrekken, omdat bewoner het verkeerd zou begrijpen.
- Tegengestelde visie bij familieleden op VZP (wat er moet gebeuren).
- Diagnose is niet medegedeeld aan bewoner (familie wil dit niet? Hij wil dit niet? Reden?).
- Een vertegenwoordiger kiezen voor familie (van dementerende) is lastig.
- Familie is niet bereikbaar, komt niet naar het WZC of er is geen familie meer.
- Familie heeft het moeilijk om zich concreet voor te stellen welke problemen zich kunnen voordoen in de toekomst met hun vader, moeder of partner.

- Moeilijke families? Elk handelt vanuit eigen visie betreffende de zorgverlening.
- Familie is angstig om beslissing te nemen, weten te weinig op medisch vlak.
- Familie neemt bewoner niet au sérieux, lachen het probleem weg.
- Familie projecteert eigen wensen.

➤ **bewoner**

- Hardhorigheid, afasie, dementie, psychiatrische problematiek bij bewoner biedt moeilijkheden om het VZP-gesprek te voeren.
- Dementerende bewoners kunnen in een VZP-gesprek ‘dichtklappen’.
- Bij dementerende bewoners zonder familie (afhankelijk van de ernst van de dementie) is het moeilijkst om VZP-gesprekken te voeren.
- De huidige populatie bewoners zijn vaak niet zo mondig en assertief.

➤ **familie en bewoner**

- Mentaal zwakbegaafde families en bewoner.
- Familie en bewoner vinden het vaak moeilijk om radicaal ja of neen te zeggen op bijvoorbeeld ‘ziekenhuisopname’, ...
- Elk bekijkt en beluistert en ervaart VZP vanuit eigen leefwereld, bril van familie verschilt van die van bewoner, van die van huisarts, van die van verpleegkundige enz...

**Op niveau van professionelen: huisarts/hulpverleners**

➤ **huisarts**

- Indien de huisarts een nieuwe huisarts is die bewoner en familie niet kent – ev. voormalige huisarts betrekken?
- Moeilijk om huisarts te betrekken, om hem te motiveren op het VZP-gesprek aanwezig te zijn, ziet er het nut niet van in, wil het uitstellen, voelt zich onwenning zowel bij het inhoudelijke ( VZP = nieuw ) als bij de vorm ( overleg <> solowerker )
- Sommige huisartsen voelen zich oncomfortabel als familie zeggenschap heeft bij beslissingen, nemen die liever alleen (?)
- Sommige huisartsen verklaren zich ‘zomaar’ akkoord met de scores van de familie.
- Ook het begrip voor en de aanpak van een ‘overlegmoment’ is niet evident voor de (solowerkende) arts, soms moeilijk om met verschillende partijen rekening te houden.
- Huisartsen zijn niet vertrouwd met die VZP-codering.

### ➤ personeel in WZC

- Het individuele groeiproces van de hulpverlener die VZP-gesprekken voert; slaat onvermijdelijk een kloof met het personeel die deze gesprekken niet voert (hoe kloof dichten?)
- Niet haalbaar dat iedereen VZP-gesprekken voert (vooral het stuk met negatief luik)
- Gesprekken vragen veel > nood aan ondersteuning
- Je moet de bewoner vrij goed kennen en over up-to-date-info beschikken vooraleer een VZP-gesprek te beginnen.
- Soms draait een ‘gewoon’ gesprek automatisch uit op een VZP-gesprek, waardoor het VZP-gesprek plaatsvindt zonder de aanwezigheid van huisarts of familie/vertegenwoordiger

### ➤ hulpverleners (algemeen)

- Angst bij hulpverleners om over VZP te praten, om over ziekte, achteruitgang, sterven en dood te praten.
- Onzeker gevoel om het ‘wat’ en ‘hoe’ te bespreken in VZP-gesprek (zeker t.a.v. ‘moeilijke’ families), hebben geen controle over het ‘verloop’ van het gesprek.
- Hoe iedereen betrekken in het VZP-gebeuren?
- Eigen geschiedenis/ervaringen, hoe laat je die bestaan zonder die te projecteren op familie en bewoner voor je.
- Kennis op vlak van euthanasie, wilsverklaring m.b.t. gezondheid, wilsverklaring m.b.t. euthanasie ( inhoudelijk en procedureel ) moeten gekend zijn vooraleer in gesprek te gaan met bewoner en familie
- Beroepsgeheim, waar begint en eindigt dit? Welke info mag/moet gecommuniceerd worden naar het team?

### **2.3.3.3. De documenten**

- Graag uniformiteit van de documenten over zorggrenzen heen.



### 2.3.3.4. Tussentijdse evaluatie

#### A. Inleiding

- Het is de bedoeling dat gemaakte afspraken na overleg ook worden gevolgd. Indien een gemaakte afspraak niet werd gevolgd (door huisarts, verpleging, familie, ...) bespreek waarom dit zo was ter verduidelijking van alle betrokkenen. Zoniet ontwikkelt men ontgoocheling en ontmoediging.
- Als iets niet lukt ... steeds opnieuw in vraag stellen!
- Vermijd praktische obstakels (bv. kopiemachine niet bereikbaar in het weekend)
- Pas documenten gaandeweg aan als je aanvoelt dat ze niet werken.

#### B. Indicatoren

Zie Stap 4: p. 35

#### C. Evaluatieformulieren

Met onderstaande documenten gaan we na of de kwaliteit van de zorg verbetert t.a.v. onze bewoners.

- Palliative outcome scale (POS-vragenlijst) – Bijlage 3
  - o Doelstelling: meten van de kwaliteit van de zorg door de hulpverlener
  - o Wanneer: tussentijds, na een acute zorgsituatie, na overlijden, ...

Higgingson, IJ. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Qual. Health Care* 8; 219-227.

- Kwaliteitskaart  
In 1999 werd binnen het palliatief netwerk een kwaliteitskaart ontworpen waarbij de eigen zorgcultuur geëvalueerd kan worden. Ook hiermee kan de kwaliteit van zorg gemeten worden. De kwaliteitskaart werd niet gevalideerd.

### 2.3.3.5. Opname in het ziekenhuis

- De verpleegkundige met wachtdienst consulteert de VZP-code
- De verpleegkundige met wachtdienst haalt de behandelingsrichtlijn voor VZP + DNR-code boven (= verwijsformulier bij ziekenhuisopname).
- De verpleegkundige geeft de VZP- en DNR-codering mee naar het ziekenhuis. Zorg dat er steeds een kopie van die afspraken in het WZC blijft!
- De huisarts blijft de eindbeslisser bij medische onduidelijkheid om het al of niet opvolgen van de codes.
- Het verwijsformulier bij ziekenhuisopname wordt meegegeven bij de MUG-dienst. (ev. twee ex.: een voor spoed en een voor de afdeling)
  - o Ervaring leert dat bij een spoedopname bij voorkeur zeker het negatief luik (welke zorg en behandelingen men niet meer wil) meegegeven wordt. Beperkte maar duidelijke info!
  - o Het positief luik kan later doorgebeld of via een nota aan de afdeling worden overgemaakt.
- Ga na of de gemaakte afspraken in het ziekenhuis opgevolgd worden (spoed en afdeling).
  - o Dit veronderstelt dat er ook een toelichting mee is van de VZP-code.

#### **VRAGEN:**

- Het project is te kort om in het ziekenhuis zelf duidelijk weer te geven waar en bij wie de documenten moeten afgeleverd worden en hoe dit daar het best opgevolgd kan worden.
- VZP-codering in het ziekenhuis momenteel niet gekend.
- Hoe bereik je het gebruik van uniforme documenten?
- Hoe bereiken we dat elk ziekenhuis eveneens nieuwe VZP- en DNR-afspraken terug aan het WZC overmaakt.

## **2.3.4. STAP 4: CONTINUE EVALUATIE**

### **2.3.4.1. Inleiding**

Het blijft belangrijk om op geregelde tijden een evaluatie in te bouwen die de hele cultuuropbouw evalueert. Evalueren vraagt een veiligheid onder collega's en zeker onder leidinggevendenden om informatie en ervaringen uit te wisselen. Alle stappen/niveaus moeten onderworpen worden aan evaluatie. Ontwikkel indicatoren/objectieve meetpunten die effectief iets over de stappen/niveaus kunnen zeggen.

### **2.3.4.2. Indicatoren**

VZP Kwaliteitsindicatoren in het WZC

- De vertegenwoordiger (surrogate decision maker) moet vermeld staan in het dossier op een vaste, afgesproken plaats.
- Na een VZP-gesprek moet in het dossier een verslag/nota staan op een vaste, afgesproken plaats.
- Na een VZP-gesprek en toekenning VZP-code moet in het dossier vermeld staan of de huisarts aanwezig was of de reden van afwezigheid.
- Als er een zorgcoderingsformulier (=DNR formulier) bestaat, moet er op staan dat de bewoner mee beslist heeft of de reden waarom hij niet mee beslist heeft.
- Zowel DNR- als VZP-code moeten op een duidelijke plaats terug te vinden zijn.
- Het zorgcoderingsformulier moet gevolgd worden, indien niet, moet de reden erop staan waarom ervan afgeweken is.

De kwaliteitsindicatoren op te volgen na opname van een bewoner in het ziekenhuis zijn:

- 48 uur na opname in het ziekenhuis moeten de 'surrogate decision makers' ook in het ziekenhuisdossier vermeld staan.
- Indien een DNR-formulier aanwezig is in het dossier van het WZC, moet een kopie of melding mee naar het ziekenhuis bij opname.

## **ALGEMEEN BESLUIT**

- Voeren van VZP-gesprekken biedt voldoening
  - o **Personeel:** minder ‘paniekvoetbal’, biedt houvast in crisis, verlofperiodes, bij consult door huisarts van wacht
  - o **Familie:** familie ervaart meer rust, opluchting dat het op papier staat, beluisterd worden, zaken rond bewoner worden explicieter en duidelijker.
- Voeren van VZP-gesprekken biedt tijdswinst op lange termijn.
- Voeren van VZP-gesprekken is arbeidsintensief – maar kan ook kort en spontaan ontstaan.
- Analooq aan de VZP-codes, lijken de opnames in het ziekenhuis ook korter te zijn.
- Cultuurwijziging vraagt tijd en energie!
- Door over VZP na te denken en te implementeren – komen ook andere tekortkomingen in de werking aan het licht.
- De voorbereiding en implementatie is cruciaal maar vraagt heel veel tijd.
- Boeiende uitwisseling onder collega’s als iedereen zaken meldt, noteert, ... Enthousiasme werkt aanstekelijk.
- Gespreksvaardig worden = veel oefenen, veel uitwisselen, voortonen.
- Volg de stroom van je eigen voorziening – laat je niet leiden door andere WZC maar luister naar mogelijke suggesties.
- Herhaling is zeer belangrijk
- De ervaring leert dat door vroegtijdig in gesprek te gaan palliatieve situaties veel beter verlopen door anticiperend te werken en doordat er een goed contact met de familie is.
- Bestoef wat goed loopt, geef erkenning voor de inzet en vraag je af wat de oorzaak is van iets wat (nog) niet goed loopt.

## **GROEIPUNTEN**

- Thuiszorg, woon- en zorgcentra buiten het project en ziekenhuizen moeten nog mee evolueren

## **DANKWOORD**

- ‘Bijzondere dank aan de WZC die met hun ervaringen dit draaiboek hielpen tot stand brengen.’

## GLOSSARIUM

### **Gespreksstructuur:**

- **Gesprekken:** omvat de individuele contacten/gesprekken om een duidelijk beeld te krijgen van de wensen en verwachtingen van de bewoner.
- **VZP-gesprekken:** omvat het gesprek met de bewoner – gaat dieper in op de geïnventariseerde noden van de individuele contacten/gesprekken.
- **VZP-overleg:** omvat het samenzitten van alle betrokkenen rond de bewoner en het bespreken van de gebundelde wensen en verwachtingen van de bewoner tot het bekomen van een goeie zorg- en behandelvisie voor die bewoner. Dit bij voorkeur in aanwezigheid van de bewoner.

**Nagatief luik:** dat wat een patiënt/bewoner niet meer wil – juridisch afdwingbaar.

**Positief luik:** dat wat een patiënt/bewoner wel nog wil. Op medisch vlak is het positieve luik niet afdwingbaar. Hierop geldt het beoordelingsvermogen vanuit deskundigheid en kennis van de arts. Juridisch niet afdwingbaar.

**Vertegenwoordiger:** Persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen. Cf. Wet op de patiëntenrechten. Zie pagina 15.

**Vertrouwenspersoon:** Persoon die door de patiënt gekozen persoon wordt en die deze kan bijstaan bij het uitoefenen van zijn rechten als patiënt. Cf. Wet op de patiëntenrechten.

**Ethische reflectie:** Systematische reflectie op een probleemsituatie en de normen die daarin voorhanden zijn of als nieuw worden voorgesteld, de verheldering van het mensbeeld dat in deze normen tot uiting komt en de kritische toetsing van dit mensbeeld op zijn humaniteitskarakter. Cf. Ethiek en gezondheidszorg, Ambo, 1977, Sporken.

**Interdisciplinair overleg:** Samenwerken is gericht op het zo optimaal mogelijk samen zorg dragen voor de bewoner, elk vanuit de eigen invalshoek. Het doel is gemeenschappelijk. Individuele doelstellingen zijn uit het gemeenschappelijk doel afgeleid.

## **BIJLAGEN**

Elk woon- en zorgcentra behoudt de vrijheid om naargelang de uitwerking van de VZP-cultuur de documenten eigen te maken en aan te passen aan de eigen werking. De ervaring leert ons dat VZP-code en DNR-code beter op één pagina terechtkomen. Op die manier is alles snel te overzien en moet bij een opname in een ziekenhuis slechts één document worden meegegeven. Belangrijk echter is de toelichting te voorzien bij de VZP-codering, gezien dit ook nieuw is voor het ziekenhuis.

Bijlage 1: DNR-codering

Bijlage 2: VZP-codering

Bijlage 3: POS-schaal

Bijlage 4: Evaluatieformulier

Bijlage 1: DNR-codering

Identificatie patiënt

Code 2 en 3 zijn slechts van toepassing wanneer ook code 1 is aangekruist

**CODE 0 : REANIMEREN** datum:.....

De huidige therapie wordt behouden en zo nodig aangepast aan het ziektebeeld van de patiënt. Bij circulatie- of ademhalingsstilstand, wordt er **gereanimeerd** + kan de MUG-interventie gevraagd worden!

**CODE I : NIET REANIMEREN** datum:.....

Ongewijzigde therapeutische opties verder zoals voorgeschreven, echter zonder opdrijven van de zorgen, noch initiëren van nieuwe therapie. Indien progressieve deterioratie of circulatiestilstand: géén CPR starten – MUG niet oproepen.

Datum teamoverleg Handtekening + stempel van de geneesheer

**CODE 2 : THERAPIE NIET UITBREIDEN** datum:.....

De therapie wordt herleid tot comfortzorgen, zoals beslist en voorgeschreven op orderblad. Uitsluitend deze comforttherapie mag worden gewijzigd, rekening houdend met de palliatieve aandachtspunten.

Niet starten met:

- Antibiotica
- Hyperalimentatie via sondevoeding of parenterale voeding
- Geen hospitalisatie voor therapeutische of diagnostische doeleinden
- Andere

Datum teamoverleg Handtekening + stempel van de geneesheer

**CODE 3 : THERAPIE AFBOUWEN** datum:.....

Afbouwen/stoppen van volgende therapie:

- .....
- .....
- .....

Datum teamoverleg Handtekening + stempel van de geneesheer

**ANNULEER ONMIDDELIJK BOVENSTAANDE RICHTLIJN(EN)**

Datum:.....uur:..... Handtekening + stempel van de geneesheer

Besproken met patiënt en/of familie op (alle data vermelden):.....

CRA op de hoogte gebracht op:.....

Bijlage 2: VZP-codering

<b><u>Doelstelling</u></b>	<b><u>Behandeling</u></b>	<b><u>Onderzoek</u></b>	<b><u>Verpleging</u></b>	<b><u>Kine/ergo</u></b>	<b><u>Voeding</u></b>
<b><i>VL H</i></b> Verlengen van het leven, hospitalisatie is gewenst	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
<b><i>BF H</i></b> Behouden van de functies, hospitalisatie is gewenst	Maximaal herstel, minimale belasting	Beperkte onderzoeken in ziekenhuis	Voluit	Voluit	Voluit
<b><i>BF R</i></b> Behouden van de functies, blijft met sterke voorkeur in het rusthuis	Maximaal herstel, minimale belasting	Onderzoeken ambulant	Voluit	Voluit	Voluit
<b><i>CR</i></b> Comfortzorgen, Geen hospitalisatie meer gewenst	Gericht op comfortzorgen	Geen of uitzonderlijk ter verbetering van het comfort	Comfort	Comfort	Comfort

<b>Datum</b>	<b>Doelstelling</b>	<b>Besproken met familie of vertrouwenspersoon</b>	<b>Naam zorgverstrekker</b>
		JA / NEE	
		JA / NEE	
		JA / NEE	
		JA / NEE	

**Opmerking:**.....  
 .....  
 .....

Extra “AND-code” besproken en toegevoegd:

Datum: ..... Code .....

Datum: ..... Code .....

Datum: ..... Code .....



## **Vragenlijst: Oorspronkelijke titel: POS (The Palliative Care Outcome Scale); © 1998 Irene Higginson.**

**Beantwoord volgende vragen door het hokje te vinken naast het antwoord dat naar jouw idee het beste beschrijft hoe de patiënt zich heeft gevoeld.**

### **1. Heeft de patiënt gedurende de afgelopen drie dagen last gehad van pijn?**

- 0 Helemaal niet, geen last
- 1 Enigszins—maar geen moeite gedaan om er van af te komen
- 2 Matig—de pijn beperkte sommige activiteiten
- 3 Ernstig—activiteiten of concentratie werden duidelijk beïnvloed door de pijn
- 4 Allesoverheersend—was niet in staat om aan iets anders te denken

### **2. Hebben de afgelopen drie dagen andere symptomen, zoals misselijkheid, hoesten of verstopping, invloed gehad op hoe goed de patiënt zich voelt?**

- 0 Nee, helemaal niet
- 1 Enigszins
- 2 Matig
- 3 Ernstig
- 4 Allesoverheersend

### **3. Voelde de patiënt zich de afgelopen drie dagen angstig of maakte hij of zij zich zorgen over zijn of haar ziekte of over de behandeling?**

- 0 Nee, helemaal niet
- 1 Zelden
- 2 Af en toe—beïnvloedde nu en dan de concentratie
- 3 Meestal—beïnvloedde vaak de concentratie
- 4 Kon aan niets anders denken—was helemaal in beslag genomen door zorgen en angst

### **4. Was iemand van de familie of vrienden van de patiënt de afgelopen drie dagen angstig of bezorgd over de patiënt?**

- 0 Nee, helemaal niet
- 1 Zelden
- 2 Af en toe—het leek de concentratie af en toe te beïnvloeden
- 3 Meestal
- 4 Ja, hij of zij leek altijd in beslag genomen te worden door zorgen

### **5. Hoeveel informatie heeft de patiënt en zijn of haar familie of vrienden de afgelopen drie dagen gekregen?**

- 0 Volledig geïnformeerd—patiënt kon altijd alles vragen
- 1 Informatie is gegeven, maar werd niet altijd begrepen
- 2 Informatie is op verzoek gegeven, maar de patiënt had graag meer gewild
- 3 Heel weinig informatie gegeven en sommige vragen werden vermeden
- 4 Er werd helemaal geen informatie gegeven

**6. Is de patiënt de afgelopen drie dagen in staat geweest zijn of haar gevoelens met familie of vrienden te delen?**

- 0 Ja, zo vaak als de patiënt wilde
- 1 Meestal
- 2 Af en toe
- 3 Zelden
- 4 Nee, met helemaal niemand

**7. Denk je dat de patiënt de afgelopen drie dagen het gevoel heeft gehad dat zijn of haar leven de moeite waard is?**

- 0 Ja, de hele tijd
- 1 Meestal
- 2 Af en toe
- 3 Zelden
- 4 Nee, helemaal niet

**8. Denk je dat de patiënt de afgelopen drie dagen een goed gevoel over zichzelf had?**

- 0 Ja, de hele tijd
- 1 Meestal
- 2 Af en toe
- 3 Zelden
- 4 Nee, helemaal niet

**9. Hoeveel tijd denk je is de afgelopen drie dagen verloren gegaan aan afspraken die in verband staan met zorg voor de patiënt, zoals wachten op vervoer of herhaalde onderzoeken?**

- 0 Helemaal geen
- 1 Tot een halve dag verloren gegaan
- 2 Meer dan een halve dag verloren gegaan

**10. Zijn er de afgelopen drie dagen praktische zaken die het gevolg zijn van de ziekte van de patiënt— financieel of persoonlijk—behandeld?**

- 0 Praktische problemen zijn behandeld en alles wat de patiënt wilde is geregeld
- 1 Praktische problemen worden nu behandeld
- 2 Er zijn praktische problemen die niet behandeld zijn
- 3 De patiënt had geen praktische problemen

**11. Indien van toepassing, welke waren de afgelopen drie dagen de voornaamste problemen van de patiënt?**

1. ....

2. ....

## Evaluatieformulier

**Voorziening:** .....

**Contactpersoon:** .....

U wenst VZP in uw voorziening te implementeren a.h.v. dit draaiboek.

Met dit evaluatieformulier meet u de evolutie van de implementatie en uitbouw van VZP. Gelieve dit document in de loop van het implementatiejaar in te vullen en bezorg dit aan [info@demantel.net](mailto:info@demantel.net)

Voor de woon- en zorgcentra van de regio van het Palliatief netwerk De Mantel doen we volgend aanbod:

We nodigen u uit uw deelname aan ons te melden. Vervolgens nodigen u uit voor een gesprek /overleg binnen het palliatief netwerk De Mantel, samen met de andere woon- en zorgcentra die zich engageren tot implementatie en uitbouw van VZP. We voorzien een startdatum waarna op de 3e, 6e en 12e maand een terugkomst dag wordt aangeboden.

Na 3 maanden: bespreking stap 1 en 2

Tussen maand 3 en 6: bespreking stap 1, 2 en 3 + start registratie kwaliteitsindicatoren

Tussen maand 6 en 12: bespreking stap 1, 2, 3 en 4 + registratie kwaliteitsindicatoren

Voor de woon- en zorgcentra buiten de regio van het Palliatief netwerk De Mantel:

Graag ontvangen we ook uw evaluatieformulier zodat de volgende versie van het draaiboek voor de volgende WZC nog vollediger kan zijn.

## KWALITEITSINDICATOREN:

Naam bewoner (of dossier-nummer)	Is er een <u>vertegenwoordiger</u> genoteerd in het dossier?		Vond bij die bewoner een gesprek plaats rond VZP?		Werde een VZP-code toegekend?		Is het VZP-gesprek en -code terug te vinden op een vaste plaats in het dossier?		Werde het DNR formulier ingevuld?		Is de bewoner betrokken bij de VZP- en DNR-beslissingen?		Is de huisarts betrokken bij de VZP- en DNR-beslissingen?		Werde DNR-codering gevolgd bij overlijden?		Werde VZP-codering gewijzigd in de loop van het jaar?	
	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN	JA	NEEN/REDEN	JA	NEEN/REDEN	JA	NEE/REDEN	JA	NEE/REDEN
....																		

## KNELPUNTENNOTA / DRAAIBOEK:

**Bundel uw ervaren sterktes en zwaktes op volgende domeinen:**

- **IN TE VULLEN GEDURENDE DE EERSTE 3 MAANDEN**

	<b>ERVAREN PROBLEMEN</b>	<b>GEVONDEN OPLOSSINGEN</b>
<b>STAP 1: VISIE</b> Cf. p. 12		
<b>STAP 2: VOORBEREIDING</b> Cf. p. 14-25		

- **IN TE VULLEN GEDURENDE TUSSEN 3 EN 6 MAANDEN**

	<b>ERVAREN PROBLEMEN</b>	<b>GEVONDEN OPLOSSINGEN</b>
<b>STAP 1: VISIE</b> Cf. p. 12		
<b>STAP 2: VOORBEREIDING</b> Cf. p. 14-25		
<b>STAP 3: IMPLEMENTATIE</b> Cf. p. 26-34		

- **IN TE VULLEN GEDURENDE TUSSEN 6 EN 12 MAANDEN**

	<b>ERVAREN PROBLEMEN</b>	<b>GEVONDEN OPLOSSINGEN</b>
<b>STAP 1: VISIE</b> Cf. p. 12		
<b>STAP 2: VOORBEREIDING</b> Cf. p. 14-25		
<b>STAP 3: IMPLEMENTATIE</b> Cf. p. 26-34		
<b>STAP4: CONTINUE EVALUATIE</b> Cf. p. 35		

**ALGEMENE BEMERKINGEN:**

.....

.....

.....

.....

.....



