

## Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra.

Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?

Bachelor In de verpleegkunde

Academiejaar 2022 - 2023

Student Geldof Vienna



## Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra.

Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?

Bachelor In de verpleegkunde

Academiejaar 2022 - 2023

Student Geldof Vienna

## 1 WOORD VOORAF

De bachelorproef opdracht, een academiejaar lang werken omtrent onderwerpen die mij heel nauw aan het hart liggen namelijk: vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg. Het was een geheel proces met veel zweeten en enkele tranen.

De praktijk uitvoering kon worden verwezenlijkt in een woonzorgcentrum waar personen met dementie kwaliteitsvolle zorg krijgen. De missie van het woonzorgcentrum is patiëntgerichte zorg bieden, dit heb ik tijdens mijn bachelorproefstage zeker kunnen ervaren. Graag wil ik hieraan gekoppeld de directie en alle collega's bedanken voor de medewerking en interesses in mijn bachelorproef. Al jullie bemoedigende woorden hebben de afgelopen maanden hun steentje bijgedragen.

Als tweede wil ik graag de onderzoekers van het TETRA-team bedanken voor de kansen en ondersteuning die jullie mij geboden hebben de afgelopen maanden. In het bijzonder wil ik hierbij bedanken, mevrouw Danny Vereecke. Zij hielp bij het professionele opmaak van de bachelorproef. Zonder haar had ik dit niet kunnen bereiken en was deze bachelorproef lang niet tot wat het nu geworden is.

Ook de interne mentor van de bachelorproef schrijf ik een dankwoord toe. Bedankt voor de begeleiding en ondersteuning die ik gedurende het gehele jaar van u mocht ontvangen.

Tot slot bedank ik mijn medestudente Femke Degrande. Zij werkt hetzelfde onderwerp uit maar dan in de thuiszorgsetting. Ik kon steeds bij haar terecht met vragen en doorheen het volledige proces konden wij op elkaar rekenen.

Met trots kan ik zeggen dat ik tevreden, voldaan en fier ben dat ik dit heb bereikt. Desondanks alle hulp die ik van verschillende personen mocht ontvangen.

Hogeschool West-Vlaanderen  
Campus Brugge station  
Opleiding Bachelor  
Verpleegkunde  
Academiejaar 2022-2023

### ABSTRACT BACHELORPROEF

#### **Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra.**

**Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren ze te herkennen en ermee aan de slag te gaan?**

<b>ACADEMIEJAAR</b>	2022-2023
<b>STUDENT</b>	Vienna Geldof
<b>TREFWOORDEN</b>	Chronische zorg, self-efficacy, serious games.

**Probleemstelling met onderzoeksvraag** In Vlaamse woonzorgcentra wordt vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg te laat opgestart. Eén van de oorzaken van die laattijdige opstart is dat de signalen die de nood aan een vroegtijdige zorgplanningsgesprek of aan palliatieve zorg aangeven niet tijdig herkend worden door zorgverstrekkers.

Dit leidde tot de onderzoeksvraag: Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra. Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen en ermee aan de slag te gaan?

**Methodologie** Er wordt een kwantitatief onderzoek uitgevoerd in een woonzorgcentrum in Vlaanderen. Zorgverstrekkers dienen de kennis en het zelfvertrouwen te hebben om palliatieve zorgnoden te kunnen herkennen bij zorgvragers. Om een beeld te krijgen over de effectiviteit van de combinatie van een vorming en een serious game op hun algemene kennis over palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning en hun zelfvertrouwen hierin worden twee bevragingen uitgevoerd: één voor en één na de implementatie van de interventies.

**Resultaat** Er is een grote variatie in de basiskennis en het zelfvertrouwen omtrent vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg bij de respondenten zowel voor als na de interventies. Desalniettemin is er een uitgesproken positief effect gemeten in zowel de kennis als de self-efficacy door de combinatie van educatieve e-courses en een serious game. De methodiek wordt positief onthaald door de respondenten.

**Besluit** Het praktijkonderzoek toont aan dat vorming gecombineerd met een serious game een effectieve manier is om nieuwe kennis in de praktijk te brengen en om zorgverstrekkers aan te leren om knipperlichten te herkennen en ermee aan de slag te gaan.

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>WOORD VOORAF</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>THEORETISCH GEDEELTE</b>	<b>7</b>
<hr/>		
<b>4.1</b>	<b>Probleemstelling met onderzoeksvraag</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Zoekstrategie</b>	<b>8</b>
<b>4.3</b>	<b>Vroegtijdige zorgplanning: het kenbaar maken van toekomstige (zorg)wensen</b>	<b>9</b>
4.3.1	Definiëring	9
4.3.2	Rechtsgeldige documenten	9
4.3.3	Wet en regelgeving	10
4.3.4	Het belang van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra	11
4.3.5	Regelgeving omtrent vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra	12
4.3.6	De scan: een zelfevaluatie instrument voor woonzorgcentra	12
4.3.7	VZP gesprekken in woonzorgcentra	13
<b>4.4</b>	<b>Palliatieve zorg: een kwalitatief vol leven tot aan de dood</b>	<b>15</b>
4.4.1	Definiëring	15
4.4.2	Van cure naar care	16
4.4.3	Het belang van tijdige palliatieve zorg	17
<b>4.5</b>	<b>De pict schaal en knipperlichten die de palliatieve fase markeren</b>	<b>18</b>
4.5.1	De pict schaal	19
4.5.2	Knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg	19
<b>4.6</b>	<b>Self-efficacy en serious games</b>	<b>22</b>
<b>4.7</b>	<b>Besluit</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>PRAKTIJKGEDEELTE</b>	<b>24</b>
<hr/>		
<b>5.1</b>	<b>methodologie</b>	<b>24</b>
5.1.1	Populatie	24
5.1.2	Praktijkinstrument	26
5.1.3	Proces	26
<b>5.2</b>	<b>Resultaten van het onderzoek</b>	<b>28</b>
5.2.1	De stand van zaken omtrent VZP in het woonzorgcentrum	28
5.2.2	visie van de zorgverstrekkers van het woonzorgcentrum over vroegtijdige zorgplanning	31
5.2.3	kennis van de zorgverstrekkers in het woonzorgcentrum over vZP voor en na de interventies	33
5.2.4	Het gevoel van self-efficacy voor en na de interventies	36
5.2.5	Is een serious game een meerwaarde volgens de zorgverstrekkers?	38
<b>5.3</b>	<b>Discussie</b>	<b>40</b>
<b>5.4</b>	<b>Plan van aanpak</b>	<b>44</b>
5.4.1	Plan-fase	44
5.4.2	Do-fase	45
5.4.3	Check-fase	46
5.4.4	Act-fase	46
<b>5.5</b>	<b>Conclusie</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>48</b>

<b>7</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>53</b>
	Bijlage A: Vragenlijst vooraf	53
	Bijlage B: Vragenlijst na het knipperlichten spel	62
	Bijlage C: Pict schaal	67
	Bijlage D: Affiche knipperlichten	69
	Bijlage E: Evidentietabel	70
	Bijlage F: Brochure knipperlichten	77
	Bijlage G: ABC model	81
	Bijlage H: E-learning van cure naar care	82
	Bijlage I: E-learning wet- en regelgeving van vroegtijdige zorg in België	87
	Bijlage J: Het knipperlichten spel	91
	Bijlage K: Het actieplan overzichtelijk	92

### 3 INLEIDING

Palliatieve zorg is gefocust op het verhogen van het comfort en de levenskwaliteit van zorgvragers, van zodra zij een diagnose krijgen van een levensbedreigende ziekte. Terminale of levenseinde zorg is een onderdeel van palliatieve zorg en geen synoniem. Naast gepaste en gewenste zorg voor de zorgvrager biedt palliatieve zorg ook ondersteuning aan diens naasten, ook na het overlijden van de zorgvrager.

Om tijdige en gepaste palliatieve zorg te kunnen bieden is het essentieel om de wensen van de zorgvrager en diens naasten te kennen. Het vastleggen van die zorg- en levensdoelen en wensen gebeurt tijdens een proces dat vroegtijdige zorgplanning (VZP) wordt genoemd.

In Vlaamse woonzorgcentra wordt VZP en palliatieve zorg te laat opgestart, vaak slechts drie tot vijf dagen voor het overlijden van een zorgvrager. Bij personen met dementie is het tijdig opstarten van VZP cruciaal aangezien de ziekte leidt tot wilsonbekwaamheid. Eén van de oorzaken van die laattijdig opstart is dat de signalen die de nood aan een VZP gesprek of aan palliatieve zorg aangeven niet tijdig herkend worden door zorgverstrekkers.

Deze bachelorproef wordt gevoerd in een woonzorgcentrum in Vlaanderen waar men gespecialiseerde zorg biedt aan zorgvragers met dementie. Bij de opname in het woonzorgcentrum wordt steeds een VZP gesprek opgestart. Door het niet tijdig herkennen van de signalen die de nood aan een VZP gesprek of palliatieve zorg aangeven, wordt dit gesprek vaak niet of te laat herhaald.

Om hierin verbetering in te brengen is het uitermate belangrijk dat zorgverstrekkers aandachtig zijn voor kantelmomenten of knipperlichten, grote, maar ook kleine, soms onopvallende wijzigingen in de toestand van de zorgvrager, zodat ze de start van VZP en palliatieve zorg tijdig identificeren.

Hieruit ontstond de onderzoeksvraag: Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra. Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?

Deze bachelorproef is opgedeeld in een theoretisch deel en praktijkgedeelte. In het theoretisch deel wordt het resultaat van de literatuurstudie samengevat en wordt er dieper ingegaan op verschillende aspecten rond VZP, palliatieve zorg, en de regelgeving in Vlaanderen. Er wordt ook stilgestaan bij de vragen: 'Wat zijn nu die knipperlichten?' en 'Op welke manier kunnen we zorgverstrekkers aanleren deze te herkennen bij de zorgvragers?'

In het praktijkgedeelte wordt er nagegaan of educatieve e-learnings gecombineerd met een zelfontworpen serious game, een effectieve methode is om de knipperlichten aan te leren aan zorgverstrekkers binnen de voorziening, zodat de signalen tijdig worden herkend. Via de e-learnings wordt de basiskennis omtrent VZP en palliatieve zorg opgefrist en er wordt verwacht dat het inoefenen van deze kennis tijdens een serious game, zal leiden tot meer zelfvertrouwen bij de zorgverstrekkers. Om het effect van deze aanpak te bepalen op de kennis en het gevoel van self-efficacy, worden twee bevragingen gedaan: één voor en na de interventies. In de voorbevraging wordt ook de huidige stand van zaken in het woonzorgcentrum in kaart gebracht en de visie van de zorgverstrekkers m.b.t. VZP en palliatieve zorg. Tenslotte wordt in de nabevraging gepolst naar de meerwaarde van een serious game als trainingsmethodiek.



### 4.1 PROBLEEMSTELLING MET ONDERZOEKSVRAAG

Palliatieve zorg gaat om kwaliteit van leven van zorgvragers én naasten tijdens een periode van een levensverkortende ziekte of ernstig lijden. Om goede en tijdige generalistische palliatieve zorg te kunnen leveren, dienen alle zorgverstrekkers een palliatieve zorghouding te hebben waarvan goede communicatie, vroegtijdige zorgplanning, en het adresseren van holistische noden deel uitmaken. Uitgebreid recent onderzoek in België toonde aan dat vroege integratie van palliatieve zorg een grote impact heeft op de levenskwaliteit van zorgvragers. De kans op opname in het ziekenhuis, ongepaste zorg en overmedicatie daalt van >50% naar 18%. En de kans om te overlijden op de plaats naar keuze stijgt van 33% naar 76%. Daarenboven is er in de laatste levensmaand alleen al een lagere zorgkost van meer dan 2100 eur (Miranda et al., 2021). Ondanks de wetenschappelijk aangetoonde maatschappelijke meerwaarde wordt palliatieve zorg in verschillende zorgsettings veelal te laat opgestart, vaak slechts enkele dagen of weken voor het overlijden. Een palliatieve zorghouding maakt momenteel immers geen inherent deel uit van de ingesteldheid van alle actoren betrokken bij zorgverstrekking waardoor het potentieel enorm onderbenut is. Dit is deels het gevolg van onvoldoende kennis, competenties en zelfeffectiviteit bij zorgverstrekkers.

In Vlaamse woonzorgcentra wordt vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg te laat opgestart. Dit terwijl elke zorgvrager recht heeft op palliatieve zorg vanaf de diagnose (Wet betreffende de palliatieve zorg (2002) | LEIF, n.d.). Het laattijdig opstarten heeft heel wat negatieve gevolgen voor zowel de zorgvrager als voor diens naasten omdat de zorg die ze krijgen niet afgestemd is op hun noden en wensen. Eén van de oorzaken van die laattijdig opstart is dat de signalen die de nood aan een VZP gesprek of aan palliatieve zorg aangeven niet tijdig herkend worden door zorgverstrekkers. Om hierin verbetering te brengen werkte het Netwerk Palliatieve zorg Gent-Eeklo samen met het regionaal expertisecentrum dementie Paradox de knipperlichten uit: grote, maar ook kleine, soms onopvallende wijzigingen in de toestand van de zorgvrager die de nood aan de opstart van palliatieve zorg markeren bij zorgvragers in woonzorgcentra en bij personen met dementie. Het is uitermate belangrijk dat zorgverstrekkers aandachtig zijn voor deze kantelmomenten, zodat ze de start van VZP en palliatieve zorg tijdig identificeren. Het is echter evenzeer belangrijk om zorgverstrekkers handvaten te geven om op een gepaste manier met de herkende knipperlichten om te gaan.

Deze bevindingen leidden tot de onderzoeksvraag van deze bachelorproef:

Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra. Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?

## 4.2 ZOEKSTRATEGIE

---

Om een wetenschappelijk onderbouwde literatuurstudie te kunnen schrijven, wordt gebruik gemaakt van evidence-based artikels geraadpleegd vanuit verschillende online databanken: 'Google Scholar', 'Pubmed' en 'CINAHL'.

Naast databanken worden ook enkele informatieve websites geraadpleegd om relevante en evidence-informed informatie op te halen: [www.palliatievezorgvlaanderen.be](http://www.palliatievezorgvlaanderen.be), [www.eoswetenschap.eu](http://www.eoswetenschap.eu), [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be), [www.endoflifecare.be](http://www.endoflifecare.be), [www.azdamiaan.be](http://www.azdamiaan.be), [www.vlaanderen.be](http://www.vlaanderen.be) en [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be).

Om gericht en afgebakend op zoek te gaan naar relevante informatie werden inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Artikels die niet evidence-based ondersteund of evidence-informed zijn en ouder dan zeven jaar werden opgegeven als exclusie criterium. Evidence-based en evidence-informed artikels en websites recenter dan zeven jaar werden gebruikt als inclusiecriteria.

In het kader van de onderzoeksvraag: "Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in woonzorgcentra." Werden volgende Engelstalige zoektermen gebruikt: 'Advance care planning', 'palliative care' en 'nursing homes', en volgende Nederlandstalige zoektermen: 'Vroegtijdige zorgplanning', 'Voorafgaande zorgplanning', 'Palliatieve zorg', 'Knipperlichten' en 'Kantelmomenten'.

Voor de onderzoeksvraag: "Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?" werden volgende zoektermen gebruikt: 'Educational games', 'Gamification', 'Serious games', 'Nursing', 'Self-efficacy'.

Er werd ook gezocht met combinaties van deze zoektermen door gebruik te maken van de booleaanse operatoren "OR", "AND" en "NOT".

De kwaliteit van de gebruikte literatuur werd beoordeeld aan de hand met de evidentietabel (bijlage E).

## 4.3 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING: HET KENBAAR MAKEN VAN TOEKOMSTIGE (ZORG)WENSEN

---

In dit eerste deel van de literatuurstudie wordt vroegtijdige zorgplanning (VZP) besproken. De definiëring, rechtsgeldige documenten en de wet en regelgeving betreffende VZP worden toegelicht. Vervolgens wordt het belang en regelgeving omtrent VZP specifiek voor de woonzorgsetting besproken. Afsluitend kan je lezen hoe een VZP gesprek verloopt.

### 4.3.1 DEFINIËRING

VZP is een continu en dynamisch proces waarin reflectie en dialoog tussen de zorgvrager, zijn naasten en zorgverlener(s) centraal staat. Waarden, wensen en voorkeuren worden besproken om de toekomstige zorg rond het levenseinde te kunnen plannen (Van Mechelen et al., 2015). Vroegtijdige zorgplanning wordt ook advance care planning (ACP), voorafgaande- of vooruitziende zorgplanning genoemd.

Door VZP worden de wensen van de zorgvrager duidelijk zodat ze kunnen vervuld worden, moest hij of zij niet meer in staat zijn om deze te uiten. VZP biedt gemoedsrust aan de zorgvrager en zijn of haar naasten. Ook voor de zorgverleners biedt het een houvast om de zorg te kunnen afstemmen op basis van de noden en wensen van de zorgvrager.

VZP maakt het mogelijk om de wensen en voorkeuren van de zorgvrager omtrent het levenseinde schriftelijk vast te leggen in rechtsgeldige documenten. Deze documenten, die hieronder verder worden toegelicht, zijn onder andere terug te vinden op de websites van de Vlaamse Overheid en van de organisatie LEIF (Levens Einde Informatie Forum) (LEIF, n.d.).

### 4.3.2 RECHTSGELDIGE DOCUMENTEN

In België bestaan er vijf rechtsgeldige documenten (wilsverklaringen) die vooraf opgemaakt kunnen worden, namelijk: 'de negatieve wilsverklaring', 'de wilsverklaring euthanasie', 'de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling', 'de verklaring donatie menselijk lichaamsmateriaal' en 'de lichaamsschenking aan de wetenschap' (LEIF, n.d.).

Deze wilsverklaringen worden opgemaakt in samenspraak met de wilsbekwame zorgvrager al dan niet door of in aanwezigheid van de huisarts. Ze worden opgenomen in het medisch dossier. De opgemaakte documenten blijven permanent geldig indien er niets wordt gewijzigd. Bij voorkeur is de omgeving van de zorgvrager op de hoogte van de schriftelijke documenten. Dit schenkt gemoedsrust, zowel voor de zorgvrager als voor de naasten (LEIF, n.d.).

Met een negatieve wilsverklaring kan er zelf beslist worden om een aantal welomschreven medische handelingen te weigeren in geval van toekomstige wilsonbekwaamheid. Een negatieve wilsverklaring is juridisch bindend. Elke zorgverlener is wettelijk verplicht om zich aan deze weigering van de opgesomde behandelingen te houden, ook als ze soms jaren voordien verwoord is (Vlaanderen, 2023).

In een negatieve wilsverklaring kan een wettelijk vertegenwoordiger worden aangeduid. De wettelijk vertegenwoordiger is een meerderjarige persoon die erop toeziet dat de rechten van de zorgvrager worden gerespecteerd indien de zorgvrager wilsonbekwaam is. Indien deze persoon niet wordt aangeduid, wordt het beslissingsrecht toegewezen volgens het cascadesysteem: voorlopige bewindvoerder met machtiging van de vrederechter, feitelijke samenwonende partner, meerderjarige kinderen, ouders, broers en/of zussen en tot slot het behandelende team (LEIF, 2023).

De vier andere verklaringen zijn vormen van positieve wilsverklaringen. Positieve wilsverklaringen houden in dat diverse zaken die men zeker nog wenst, vastgelegd kunnen worden voor wanneer er sprake zou zijn van wilsonbekwaamheid. In tegenstelling tot de negatieve wilsverklaring, geldt er dat positieve

wilsverklaringen enkel richtinggevend zijn. Positieve wilsverklaringen zijn met andere woorden niet wettelijk bindend, artsen hebben steeds de keuzevrijheid. Door een positieve wilsverklaring weet de arts wel wat de waarden en voorkeuren van de zorgvrager zijn, dit maakt het evidenter om keuzes te maken (LEIF, n.d.).

Bij een 'voorafgaande wilsverklaring euthanasie' heeft de zorgvrager eerder, toen hij of zij nog wilsbekwaam was, beslist om euthanasie te laten uitvoeren wanneer hij of zij op onomkeerbare wijze het bewustzijn verliest, dus bij een onomkeerbaar coma en een persistente vegetatieve staat (LEIF, n.d.). De voorafgaande wilsverklaring dient ondertekend te worden door de wilsbekwame zorgvrager en door twee getuigen. Daarbij mag één van de getuigen geen materieel belang hebben bij het overlijden van de zorgvrager. De wilsverklaring is onbeperkt geldig en dit document kan in de gemeente geregistreerd worden, maar dit is geen verplichting (Van Mechelen et al., 2015).

Het document 'de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling' betreft de wensen van de zorgvrager omtrent de uitvaartplechtigheid. Deze verklaring wordt ook laatste wilsbeschikking genoemd en wordt geregistreerd in het bevolkingsregister. Het verklaart of de zorgvrager kiest voor een crematie of begrafenis, in welke gemeente de laatste rustplaats zal zijn en of de zorgvrager een uitvaartcontract heeft (Vlaanderen, n.d.).

In België is iedereen die is ingeschreven in het bevolkingsregister automatisch een potentiële orgaandonor, tenzij dit uitdrukkelijk wordt geweigerd. Om zeker te zijn dat je wensen worden gerespecteerd kan je 'de verklaring donatie menselijk lichaamsmateriaal' registreren bij de huisarts, het gemeentebestuur of via zelfregistratie. In dit document staan vier beslissingen waarover de zorgvrager toestemming kan geven, waartegen hij/zij zich kan verzetten of waardoor eerdere wilsverklaringen kunnen ingetrokken worden. De beslissingen klinken als volgt: 'donatie van organen voor transplantatie', 'donatie van weefsels en cellen voor transplantatie', 'donatie van organen, weefsels en cellen voor de vervaardiging van geneesmiddelen' en 'donatie van organen, weefsel en cellen voor wetenschappelijk onderzoek' (Vlaanderen, 2023b).

Tenslotte verklaar je in een eigenhandig geschreven, gedateerde en ondertekende verklaring 'lichaamsschenking aan de wetenschap' dat je je lichaam na overlijden wilt afstaan voor wetenschappelijk onderzoek. Indien de zorgvrager dit wenst, dient er contact opgenomen te worden met de faculteit naar keuze. De instelling informeert over de te ondernemen stappen (Vlaanderen, 2023c).

### **4.3.3 WET EN REGELGEVING**

Naast de hierboven besproken documenten waarin de resultaten van VZP gesprekken kunnen vastgelegd worden zijn er in België ook drie wetten die de juridische omkadering van VZP vormen, namelijk: de wet betreffende de rechten van de patiënt, de wet betreffende het recht op palliatieve zorg en de euthanasiewetgeving.

Sinds 2002 is de wet betreffende de rechten van de patiënt van kracht. Deze wet behandelt acht verschillende elementen: het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht op vrije keuze van je zorgverlener, het recht op informatie over je gezondheidstoestand, het recht op geïnformeerde toestemming, de rechten in verband met je patiëntendossier, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het recht op pijnbehandeling en het recht om klacht neer te leggen (LEIF, 2002).

Ook de wet betreffende het recht op palliatieve zorg werd opgenomen in het Belgisch wetboek sinds 2002. Op 21 juli 2016 werd de wet herzien en aangepast. Artikel 2 omschrijft "Elke patiënt heeft, ongeacht zijn levensverwachting, recht op palliatieve zorg als hij zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte" (Wet 21 juli 2016 betreffende de palliatieve zorg,

tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg). Verderop in de literatuurstudie wordt dieper ingegaan op palliatieve zorg.

De euthanasiewet tenslotte werd in België van kracht op 28 mei 2002. Hiermee zijn we het tweede land in de wereld waar euthanasie werd gelegaliseerd (Eos-redactie, 2017). De wet stelt dat een arts op verzoek van een zorgvrager euthanasie mag toepassen als voldaan is aan alle voorwaarden die in de wet zijn vastgelegd (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021b). Op het verzoek van de zorgvrager wordt er dus opzettelijk levensbeëindigend gehandeld omwille van ondragelijk fysiek of psychisch lijden. Er bestaan twee verschillende pistes om euthanasie te verkrijgen: een voorafgaande wilsverklaring en het actueel verzoek euthanasie. De voorafgaande wilsverklaring euthanasie werd eerder in deze literatuurstudie besproken. Het actueel verzoek of ook wel een schriftelijk euthanasieverzoek genoemd kan door een handelingsbekwame, bewuste en meerderjarige zorgvrager om drie redenen geuit worden: een terminale ziekte, een ongeneeslijke ziekte, of een medisch uitzichtloze toestand. Het schriftelijk euthanasieverzoek geldt enkel indien het een weloverwogen, vrijwillig verzoek is dat meermaals herhaald wordt en niet het gevolg is van een externe druk. De taak van de arts is om de gevolgen met de zorgvrager te bespreken (Van Mechelen et al., 2015). Tussen 2020-2021 werd in België 5145 keer euthanasie uitgevoerd, 689 euthanasie uitvoeringen (13,4%) vonden plaats in woonzorgcentra (Federale overheidsdienst, 2022).

#### **4.3.4 HET BELANG VAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOONZORGCENTRA**

Het proactief registreren in wilsverklaringen van de waarden, voorkeuren, toekomstige zorgdoelen en beslissingen van een zorgvrager als gevolg van tijdige VZP zorgt ervoor dat het voor de omgeving evidentier is om beslissingen te nemen wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid. VZP brengt immers duidelijkheid voor de naasten over de wensen van de zorgvrager omtrent toekomstige zorg waardoor besluitvorming bevorderd wordt. De zorgvrager wordt beter begrepen en beter ingeschat en de naasten hoeven de taak om beslissingen te nemen niet alleen te dragen. VZP brengt hierdoor gemoedsrust aan de zorgvrager én de naasten, de tevredenheid over de geleverde zorg verbetert, en gevoelens als angst en stress verminderen (Stulens, 2014; Van Mechelen et al., 2015; Gilissen et al., 2021).

Bovendien blijkt uit onderzoek dat het aantal levensverlengende behandelingen aan het levenseinde verminderen door VZP. Verder beperkt VZP het hospitalisatierisico, de verblijfsduur in het ziekenhuis, de hospitalisatiekosten, overmedicatie en de gezondheidsuitgaven. Door de gepastere zorg die mede het gevolg is van tijdige VZP kan een kostenreductie gerealiseerd worden tussen de 40% en 70% (Van Mechelen et al., 2015).

VZP heeft geen invloed op mortaliteit: het uitblijven van ingrijpende behandelingen aan het levenseinde (chemotherapie, transfers, ...) is niet levensverkortend en het tijdig starten met comfortzorg kan zelfs levensverlengend zijn (Van Mechelen et al., 2015; Gilissen et al., 2021). VZP is met andere woorden cruciaal om goede zorg te kunnen bieden.

Hoewel VZP belangrijk is voor zorgvragers in alle settings, is tijdige en effectieve VZP nog urgenter in woonzorgcentra. Volgende cijfers illustreren waarom dat zo is. Het Vlaams Gewest telt 814 woonzorgcentra die in 2020 samen meer dan 70.000 zorgvragers huisvestten. De gemiddelde leeftijd van de zorgvragers is 87 jaar en 82% van hen heeft een zwaar zorgprofiel. De gemiddelde verblijfsduur van een zorgvrager in een woonzorgcentrum schommelt tussen de 1 en 1,5 jaar wat betekent dat zo goed als alle zorgvragers in een woonzorgcentrum palliatieve zorgnoden hebben waardoor het aangewezen is tijdig met VZP te starten (Statistiek Vlaanderen, 2022).

In 2020 telde het Vlaams Gewest 141.246 mensen met dementie; de prevalentie in België is 202.402. Door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal personen met dementie verdubbelen tegen 2070. Wanneer

je weet dat de kans op dementie voor mensen boven de 80 jaar 20% is en 40% bij mensen boven de 90 jaar, dan is het duidelijk waarom er zo'n hoge prevalentie is van zorgvragers met dementie in woonzorgcentra (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, n.d.).

Bij personen met dementie is het tijdig opstarten van VZP cruciaal aangezien de ziekte leidt tot wilsonbekwaamheid. Het is dan ook nodig om te exploreren wat hun voorkeuren en waarden zijn vooraleer ze niet meer in staat zijn om hun wensen te uiten. Idealiter wordt er reeds in het begin van het dementieproces over in gesprek gegaan met de zorgvrager en de naasten. Daarbij wordt een algemene inschatting gemaakt van de wilsbekwaamheid van de zorgvrager en is een formele klinische beoordeling niet noodzakelijk (Albers et al., 2016).

Het uitzonderlijke belang van VZP (en palliatieve zorg) in woonzorgcentra wordt onderschreven door twee overheidsbeslissingen die hieronder verder worden toegelicht. Desalniettemin is VZP in woonzorgcentra tegenwoordig extra uitdagend door het personeelstekort, de tijdsdruk, en het hoge aantal zorgvragers met zware zorgprofielen en/of dementie.

#### **4.3.5 REGELGEVING OMTRENT VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING IN WOONZORGCENTRA**

Sinds 2019 is een nieuw woonzorgdecreet van kracht dat de regelgeving voor welzijn, wonen en zorg beter op elkaar moet afstemmen. Het legt de doelstellingen, de werkingsprincipes en de opdrachten voor de woonzorgvoorzieningen vast. Het decreet stelt dat het doel van woonzorgvoorzieningen het waarborgen is van de autonomie en levenskwaliteit van de gebruiker door: (1) de zelfzorg of de mantelzorg te ondersteunen; (2) gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg te verlenen volgens de principes van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning; en (3) samen met relevante partners integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning te organiseren voor de gebruiker en zijn mantelzorg. Het gaat dus niet enkel over zorg, maar ook over wonen en leven, autonomie en de familie betrekken als volwaardige partner (Vlaamse Codex, 2019).

Binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021b), werd vervolgens een werkgroep van belangrijke partners in de ouderenzorg opgericht die het Woonzorgdecreet en de specificaties rond palliatieve zorg concreter hebben gemaakt voor woonzorgcentra. Ze beschreven wat de bewoners, hun vertegenwoordiger, hun mantelzorg(s), alsook de zorgverleners en de vrijwilligers van een woonzorgcentrum mogen verwachten, als men het heeft over kwaliteitsvolle VZP, palliatieve zorg en levenseindezorg. Dit leidde tot het 'Referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum' opgemaakt om als leidraad te dienen voor bestuurders en leidinggevendenden van woonzorgcentra bij het uitwerken van hun visie en missie op wonen, leven en zorg in een woonzorgcentrum. Het referentiekader kan ook door de zorginspectie worden aangewend voor de ontwikkeling van een inspectieconcept voor de woonzorgcentra (Jo Vandeurzen, 2018).

In wat volgt gaan we dieper in op de scan: een instrument dat ontwikkeld is op basis van bovenstaande overheidsbeslissingen. De scan moet bestuurders en leidinggevendenden van woonzorgcentra ondersteunen om een zelfevaluatie uit te voeren rond VZP, palliatieve zorg en levenseindezorg in hun organisaties.

#### **4.3.6 DE SCAN: EEN ZELFEVALUATIE INSTRUMENT VOOR WOONZORGCENTRA**

De scan werd ontwikkeld door de werkgroepen Woonzorgcentra, Palliatieve zorg en Geriatrie van Palliatieve Zorg Vlaanderen, in samenwerking met Zorgnet Icuuro, Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk en Vereniging Vlaamse Steden en Gemeenten. Officieel werd de scan op 9 oktober 2022 ingevoerd, op de Dag van de Palliatieve Zorg. De scan bevat zaken die vanaf 1 januari 2023 verplicht zijn volgens het Woondecreet en aanbevelingen voor goede kwaliteit van palliatieve zorg gebaseerd op het referentiekader. De

doelstelling van de scan is om woonzorgcentra in staat te stellen om zelf in te schatten wat er in hun organisatie goed of minder goed loopt rond VZP, palliatieve zorg en levenseindezorg. Het wil woonzorgcentra ook ondersteunen bij het vastleggen van prioriteiten in de nabije toekomst (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021).

De scan bestaat uit een handleiding en een Excel-formulier. Het wordt aangeraden om de scan jaarlijks in te vullen met een multidisciplinair team van zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve zorg in het woonzorgcentrum: referentie verpleegkundige, coördinerend en raadgevend arts, de hoofdverpleegkundige, en iemand van de directie.

Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft de ambitie om na de implementatie van de scan een database te ontwikkelen met een overzicht van best practices, vormingen, instrumenten, informatie, ... waarin voorzieningen op zoek kunnen gaan naar de vorming, tool of ondersteuning die ze nodig hebben om hun prioriteiten bepaald door de scan te realiseren (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021).

VZP is slechts betekenisvol wanneer het goed wordt geïmplementeerd. VZP gesprekken zijn meestal complexe en moeilijke gesprekken. Het vereist getrainde zorgverstrekkers, een goede voorbereiding en een gepaste timing. Hieronder gaan we verder in op verschillende aspecten die van belang zijn voor kwaliteitsvolle VZP gesprekken.

#### **4.3.7 VZP GESPREKKEN IN WOONZORGCENTRA**

Hoewel er wereldwijd en dus ook in Vlaanderen stappenplannen werden ontwikkeld om handvaten aan te reiken aan zorgverleners die een VZP gesprek willen aangaan is het louter doorlopen van zo'n stappenplan geen garantie voor goede VZP. Daarom werd de Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning ontwikkeld waarin adviezen zijn opgenomen over het praktisch verloop van VZP bij wilsbekwame zorgvragers. De richtlijn bevat ook vragen en zinnen die bruikbaar kunnen zijn tijdens het voeren van VZP gesprekken (Van Mechelen et al., 2015).

**Vorbereiding op het VZP gesprek** - Het is belangrijk dat de zorgverlener die het VZP gesprek zal voeren goed voorbereid is: hij/zij heeft zicht op de gezondheidstoestand van de zorgvrager, de behandelingsmogelijkheden en de sociale omkadering en de draagkracht van de zorgvrager en zijn/haar naasten (Van Mechelen et al., 2015). Door het gebruik van gemeenschappelijke patiëntendossiers in woonzorgcentra is de gespreksvoerder op de hoogte van eerdere VZP gesprekken en van documenten die reeds ingevuld werden (Gilissen et al., 2021).

Indien de zorgvrager een vertegenwoordiger heeft die zijn/haar rechten kan behartigen wanneer hij/zij daar niet zelf meer toe in staat is, is het belangrijk dat deze persoon uitgenodigd wordt op het gesprek. Indien er geen vertegenwoordiger is, dient een naaste of familielid te worden betrokken. Elk familielid moet de kans krijgen om geïnformeerd te worden over VZP en deel te nemen aan een VZP gesprek. Als er noch een vertegenwoordiger noch naasten of familie zijn, is het mogelijk om via de gerechtelijke weg een bewindvoerder aan te stellen, om moeilijke situaties te vermijden (Albers et al., 2016; Gilissen et al., 2021).

**Setting van een VZP gesprek** - Een VZP gesprek wordt het best gevoerd in een rustige omgeving en is op voorhand gepland op een passend tijdstip voor de zorgvrager en diens naasten. Door het nauwe contact tussen het personeel van een woonzorgcentrum en de zorgvrager en dienst naasten bestaat er meestal een vertrouwensband, wat een VZP gesprek ten goede komt. De privacy van de zorgvrager dient gerespecteerd te worden en er dient voldoende tijd te worden voorzien om eventuele vragen te beantwoorden. Het is belangrijk om een vervolgesprek te plannen als er niet genoeg tijd is voor het eerste gesprek. In een vervolgesprek hebben beide partijen namelijk meer tijd om te praten en vragen te stellen (Van Mechelen et al., 2015).

**Opstart van een VZP gesprek** - Bij opname in het woonzorgcentrum neemt de hoofdverpleegkundige het initiatief om het VZP gesprek te voeren. Dit neemt niet weg dat een zorgvrager ook op een ander moment zelf initiatief kan nemen. Na de start van het gesprek dient er nagegaan te worden of de zorgvrager bereid is om het gesprek verder te zetten. Indien er angst of onzekerheden worden opgemerkt kunnen deze worden erkend en besproken. Hierover wordt in dialoog gegaan met als doel de angst weg te nemen. Indien de angsten niet kunnen worden weggenomen, dient de zorgverlener het gesprek te beëindigen. Als de zorgvrager het wenst kan het gesprek op een ander moment verdergezet worden (Van Mechelen et al., 2015).

**Mogelijke barrières voor een VZP gesprek** – Het komt voor dat zorgvragers beroep doen op het recht van het ‘niet weten’: sommigen verkiezen om geen informatie te verkrijgen over hun eigen ziekteproces. Bovendien wensen sommige zorgvragers niet betrokken te worden het VZP gesprek omdat ze het nemen van beslissingen over hun zorg aan het levenseinde toevertrouwen aan hun naasten of aan de artsen. Zorgvragers die geen ziekte-inzicht hebben en hun gezondheidstoestand foutief als gezond inschatten, kunnen ook VZP gesprekken weigeren. Tenslotte worden ook een verminderde cognitie, een lichamelijk problematiek (bv. verminderd gehoord), een beperkte wilsbekwaamheid en het moeilijk uiten van gevoelens als barrières ervaren bij het VZP proces (Van Mechelen et al., 2015).

**Inhoud van een VZP gesprek** – Het gesprek wordt ingeleid door op een eenvoudige en duidelijke manier VZP voor te stellen. Ter ondersteuning van het gesprek kan de zorgverstreker praktische hulpmiddelen aanreiken aan de zorgvrager en zijn/haar familie zoals brochures, presentaties en websites waar ze extra informatie kunnen vinden. Vervolgens wordt de zorgvrager begeleid bij het formuleren van zorgdoelen waarbij in woonzorgcentra in Vlaanderen dikwijls gebruik wordt gemaakt van de drie zorgdoelen van het ABC-model: Alles doen, Behoud van functies en Comfortzorg (zie bijlage G). Naast het formuleren van de zorgdoelen wordt er ook afgestemd over behandelbeslissingen. Tot slot wordt er nagegaan of de zorgvrager en naasten alles hebben begrepen. De weerslag van het gesprek wordt genoteerd in het dossier en met goedkeuring worden de eventueel gemaakte behandelbeslissingen gecommuniceerd naar alle betrokken zorgverleners (Van Mechelen et al., 2015).

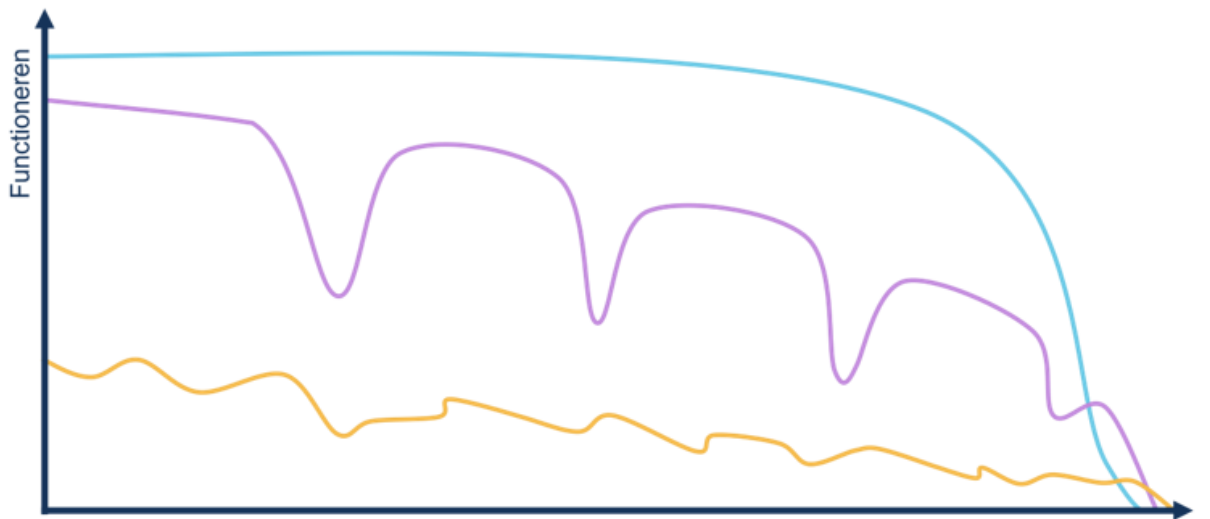
**Herhaling van een VZP gesprek** – VZP is een continu proces, dit betekent dat het VZP gesprek op regelmatige basis dient gereëvalueerd te worden. Plotse of subtiele veranderingen in de situatie van de zorgvrager kunnen echter ook alarmsignalen zijn voor de nood aan de snellere planning van een VZP gesprek (Van Mechelen et al., 2015). Wat deze kantelmomenten of knipperlichten precies inhouden wordt verder in deze bachelorproef grondig besproken.

Uit bovenstaande is duidelijk dat de tijdige opstart van effectieve VZP een grote meerwaarde is voor het bieden van goede en gepaste zorg op maat van zorgvragers en hun naasten. Tijdens VZP gesprekken kan ook nagegaan worden wat het leven van zorgvragers kwaliteitsvol en betekenisvol maakt. Alles samen faciliteert deze informatie het verlenen van tijdige palliatieve zorg afgestemd op de noden en wensen van zorgvragers. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op wat palliatieve zorg inhoudt.



## 4.4 PALLIATIEVE ZORG: EEN KWALITETISVOL LEVEN TOT AAN DE DOOD

Er kunnen ruw geschat vier manieren onderscheiden worden waarop mensen sterven. Bij een plots overlijden, bijvoorbeeld ten gevolge van een CVA of een verkeersongeval, blijven personen goed functioneren tot op het moment dat ze sterven. Dit traject is echter slechts voor een minderheid van de populatie in België realiteit. Bij de meerderheid van mensen zal de gezondheidstoestand geleidelijk achteruit gaan tot aan hun dood (figuur 1)(De Vleminck, n.d.; Coupez, 2022).



*Figuur 1: het functioneren in functie van de tijd in drie trajecten van sterven.*

Het blauwe traject in Figuur 1, is het oncologisch traject waar de dood komt na een terminale ziekte zoals kanker: na een relatief stabiele fase, die meerdere jaren kan duren en waarin de zorgvrager geleidelijk achteruit gaat, volgt een plotse en snelle achteruitgang. Ongeveer 20% van de voornamelijk jongere populatie in België zal op deze manier overlijden; slechts 1 op de 10 mensen boven de 80 jaar sterft ten gevolge van kanker (De Vleminck, n.d.).

Het paarse traject in Figuur 1, is het chronisch traject, waarbij zorgvragers lijden aan een chronische ziekte zoals bijvoorbeeld COPD of hartfalen. Binnen dit traject is er meestal een geleidelijke achteruitgang met exacerbaties waardoor de toestand van de zorgvrager acuut verslechtert. Daarna is er terug een verbetering in de gezondheidstoestand maar zonder volledig herstel. Dit patroon blijft zich herhalen met exacerbaties die steeds vaker voorkomen tot de zorgvrager overlijdt, vaak ten gevolge van een exacerbatie (De Vleminck, n.d.).

Het gele traject in Figuur 1, is het traject bij kwetsbare, fragiele ouderen, bijvoorbeeld mensen met dementie. Er is een patroon te zien van vaak jarenlange geleidelijke, voortdurende achteruitgang van functioneren tot aan het overlijden (De Vleminck, n.d.).

In elk van deze laatste drie trajecten is het belangrijk dat palliatieve zorg wordt opgestart vanaf de diagnose want al vroeg in het proces kunnen palliatieve zorgnoden aanwezig zijn. Aldus zouden er van de 110.000 mensen die jaarlijks in België sterven, naar schatting tussen de 44.000 en 82.500 baat hebben bij palliatieve zorg (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021c). Wat we onder palliatieve zorg verstaan en het onderscheid tussen palliatieve zorg en levenseindezorg wordt hieronder besproken.

### 4.4.1 DEFINIERING

Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie is palliatieve zorg een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten (en hun naasten) die te maken hebben met een

levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (Sepulveda et al., 2002). Door de evolutie van de visie op palliatieve zorg voldeed deze definitie echter niet langer aan de realiteit. Daarom werd in 2020 de definitie aangevuld:

“Palliatieve zorg is de actieve holistische zorg voor personen van alle leeftijden met ernstig gezondheidsgerelateerd lijden als gevolg van een ernstige ziekte en in het bijzonder voor degenen waarvoor het levenseinde nadert. Zij heeft tot doel de levenskwaliteit van patiënten, hun familie en hun zorgverleners te verbeteren” (Radbuch et al., 2020).

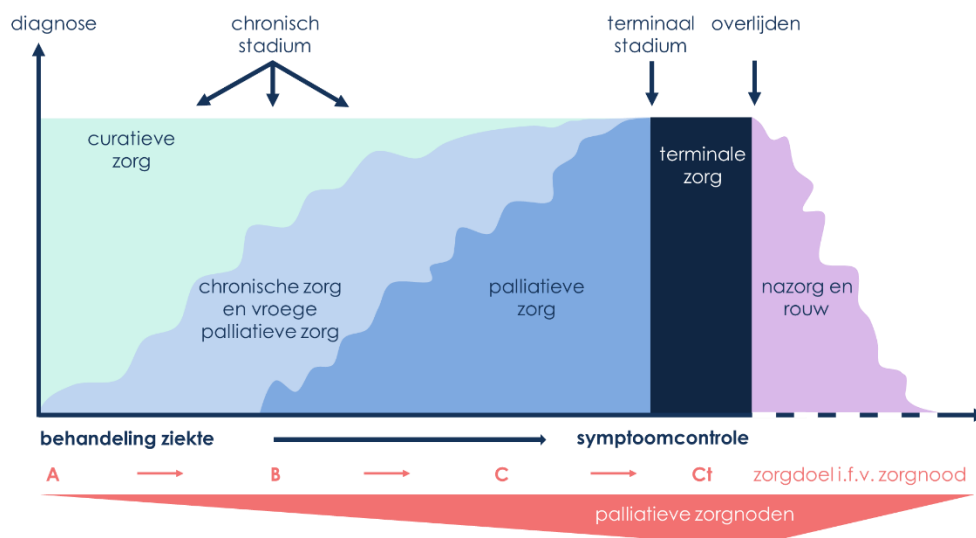
Een zorgvrager met palliatieve zorgnoden is dus iemand die lijdt aan een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabiliteit of beheersing van deze ziekte (Coupez, 2022).

Door de continue evolutie van de moderne geneeskunde kunnen zorgvragers met ernstige pathologieën veel langer leven. Deze gunstige ontwikkeling van de gezondheidszorg heeft echter ook een keerzijde. Sommige behandelingen zijn vaak ingrijpend, met veel bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Ze mogen dan wel het leven verlengen, maar hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Via de benadering van palliatieve zorg, waarin de autonomie van de zorgvrager centraal staat, wordt er vanaf de diagnose een open dialoog gecreëerd waarin de zorgvrager goed wordt geïnformeerd en waarbij wordt geluisterd naar zijn/haar vragen, bezorgdheden en wensen. Samen met de zorgvrager wordt bekeken of voortzetting van de behandeling nog is aangewezen om de kwaliteit van leven te borgen (Coupez, 2022).

Uit de definitie van palliatieve zorg wordt duidelijk dat, in tegenstelling tot wat velen denken, palliatieve zorg niet gelijk is aan terminale zorg. Bij palliatieve zorg ligt de focus op het borgen van de kwaliteit van leven vanaf de diagnose. Terminale zorg is de voorlaatste stap van een palliatief traject en focust op de kwaliteit van het overlijden. Er wordt pas van terminale zorg gesproken wanneer het overlijden wordt verwacht binnen de drie maanden (AZ Damiaan, 2022).

Hieronder worden de verschillende stadia van een palliatief traject uiteengezet en wordt toegelicht hoe gepaste palliatieve zorg een transitie inhoudt van cure naar care.

#### 4.4.2 VAN CURE NAAR CARE



Figuur 2: Schema van het palliatief zorgmodel van cure naar care (gebaseerd op het model van UZ Leuven en het FLIECE-model)

Bij het vernemen van een diagnose van een levensbedreigende ziekte start het palliatief traject voor de zorgvrager en diens naasten (Figuur 2). Het palliatief traject bestaat uit 5 fasen waarbij de aard van de medische behandelingen geleidelijk aan verschuift van ziektebehandeling (cure) naar symptoomcontrole (care) en waarbij de behandeldoelen geleidelijk aan beperkter worden en de psychosociale en existentiële zorgbehoeftes groter (Coupez, 2022).

De eerste fase is de curatieve fase waarbij behandelingen als doel hebben om de ziekte te bestrijden. Therapiebeperking en palliatieve zorgnoden zijn meestal niet aan de orde in deze fase.

De tweede fase, het chronisch stadium met vroege palliatieve zorg, start wanneer het niet meer mogelijk is om de zorgvrager te genezen. De ziektebehandeling neemt af terwijl symptoomcontrole belangrijker wordt en de behoefte aan psychosociale en spirituele ondersteuning van de zorgvrager en zijn/haar omgeving toeneemt.

De zorgvrager bereikt de palliatieve zorg fase wanneer de behandeling onvoldoende aanslaat, te belastend wordt of geweigerd wordt door de zorgvrager. Het doel van de zorg wordt meer gericht op levenskwaliteit in plaats van kwantiteit. Psychosociale en existentiële zorgbehoeftes worden in deze fase groter met meer klemtoon op de palliatieve context.

Het terminaal stadium start wanneer het overlijden van de zorgvrager op korte termijn wordt verwacht. De terminale zorg streeft naar een comfortabel stervensproces.

Ten slotte volgt na het overlijden van de zorgvrager de fase van nazorg en rouw waarbij naasten ondersteund worden om om te gaan met het verlies.

#### **4.4.3 HET BELANG VAN TIJDIGE PALLIATIEVE ZORG**

In België is palliatieve zorg een recht (Wet betreffende de palliatieve zorg (2002) | LEIF, n.d.). Volgens de wet kan iedereen die dat wenst, waar hij of zij ook verblijft, palliatieve zorg inroepen. Het bieden van tijdige en gepaste zorg zou dus een kerntaak van woonzorgcentra moeten zijn. De realiteit is echter anders. In veel woonzorgcentra is er momenteel nood aan vorming en begeleiding om de transitie naar een palliatieve zorgcultuur gedragen door de volledige organisatie te realiseren. Uit wat voorafgaat is nochtans duidelijk dat het tijdig starten van palliatieve zorg veel voordelen heeft voor de zorgvrager en diens naasten. Maar gepaste palliatieve zorg komt ook de maatschappij ten goede en ook de woonzorgcentra zelf en het zorgpersoneel kunnen er beter van worden.

**De zorgvrager en diens naasten** – Door effectieve VZP zal er bij het opstarten van palliatieve zorg rekening worden gehouden met de autonomie van de zorgvrager, met wat hij/zij zelf wil. Dit leidt tot een hoger welbevinden van de zorgvrager en dienst naasten en tot een positief effect op de kwaliteit van leven (Coupez, 2022).

Aangezien de wensen van de zorgvrager duidelijk zijn zal het aantal ongepaste en ongewenste behandelingen afnemen. Behandelingen zoals chemotherapie, operaties en bloedtransfusies zijn immers zeer intensief voor de zorgvrager, werken niet altijd levensverlengend, dragen niet bij aan de levenskwaliteit en zijn duur (Weinstein & Skinner, 2010; De Schreye et al., 2017; Neyts et al., 2021). Door shared decision making kan er worden nagegaan wat de voor- en nadelen zijn van het eventueel stopzetten van een behandeling om te kunnen streven naar een goede kwaliteit van leven. Het is dan ook perfect mogelijk dat de zorgvrager beroep doet op zijn recht als patiënt om de behandeling stop te zetten (Coupez, 2022).

Door een goede integratie van palliatieve zorg, tenslotte, stijgt de kans om te overlijden op de plaats naar keuze (meestal thuis) van 33% naar 76% en daalt de kans op een ongewenste opname in het ziekenhuis en ongepaste zorg van meer dan 50% naar 18% (Miranda et al., 2021).

**Maatschappelijke impact** – De onderzoeksgroep Zorg rond het Levens einde heeft berekend wat de impact is op de maatschappelijk zorgkorting van tijdige palliatieve zorg: aanwending van gepaste palliatieve thuiszorg in de laatste 2 weken van het leven van zorgvragers resulteert in een besparing van meer dan €1.600 per zorgvrager (Maetens et al., 2019; Miranda et al., 2021). Hoewel kwaliteitsverbeteringen in palliatieve zorg door meer gepaste zorg te initiëren, een investeringskost met zich meebrengen, levert de totale balans door het elimineren van ongepaste zorg, een significante besparing voor de gezondheidszorg op. Een jaarlijkse bijkomende investering in meer gepaste zorg en minder ongepaste zorg van 1 miljoen euro zou, o.a. door minder ongepaste ziekenhuisopnames, resulteren in een besparing van 4 miljoen euro per jaar (Cohen & Chambaere, 2021). Door het nog tijdiger opstarten van palliatieve zorg bij iedereen met palliatieve zorgnoden is dus niet enkel de maatschappelijke winst, beter welbevinden van de bevolking, maar ook de economische impact voor de maatschappij enorm.

**Woonzorgcentra** – Het belangrijkste voordeel van een geïntegreerde palliatieve zorghouding in woonzorgcentra is dat het zal leiden tot een kwaliteitsvollere zorg voor de zorgvragers. Het verminderen van ongepaste en ongewenste zorg zal bovendien bijdragen aan het welbevinden van de zorgverstrekkers die minder morele stress zullen ervaren wat zal leiden tot minder uitval en werkverloop (Christodoulou-Fella M et al., 2017; Hunt et al., 2018).

Het preventief effect van het tijdig voeren van VZP gesprekken leidt tot minder ongewenste ziekenhuisopnames waardoor er ook een economische impact is voor woonzorgcentra. Door de daling van het aantal legen bedden wordt de bijzondere tegemoetkoming van de overheid (€78,52 per dag) niet langer mislopen. In de context van het TETRA project ‘Van cure naar care’ is berekend dat de winst door het voorkomen van leegstand jaarlijks €4.000 kan bedragen per woonzorgcentrum als het aantal dagen dat zorgvragers ongewenst in het ziekenhuis verblijven met 10% wordt verminderd. Woonzorgcentra gaven ook aan dat het uitdragen van een uitgesproken palliatieve zorghouding een positief effect kon hebben op hun uitstraling als zorginstelling en als werkgever wat hun concurrentiële positie zou verbeteren.

De belangrijkste besluiten uit dit literatuurstudieonderzoek zijn dat timing essentieel is voor het leveren van gepaste palliatieve zorg met alle bijhorende voordelen. Maar hoe weet je wanneer een zorgvrager palliatieve zorgnoden heeft en wanneer de palliatieve fase van een ziekte-traject start? In wat volgt worden de PICT schaal en kantelmomenten toegelicht die zorgverstrekkers kunnen ondersteunen bij het herkennen van palliatieve zorgnoden.

#### **4.5 DE PICT SCHAAL EN KNIPPERLICHTEN DIE DE PALLIATIEVE FASE MARKEREN**

Het tijdig identificeren van zorgvragers in de palliatieve fase is een uitdaging, maar van belang omdat gepaste palliatieve zorg de kwaliteit van leven kan verhogen (Hemmen et al., 2022). De levensverwachting van de zorgvrager is lang hét criterium geweest voor de regulering en financiering van palliatieve zorg. Maar deze visie werd in 2009 herzien als gevolg van een studie uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: de nadruk diende beter op de ernst van de zorgbehoefte van de zorgvrager te liggen (Palliatieve Zorg Vlaanderen, n.d.).

Op vraag van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, heeft de Federale Evaluatiecel palliatieve zorg in samenwerking met de palliatieve zorg sector de Palliative Care Indicator Tool (PICT) ontwikkeld, een eenvoudig, praktisch en gevalideerd meetinstrument waarmee zorgverleners de start van palliatieve

zorgnoden van zorgvragers tijdig kunnen identificeren, ongeacht de aandoening (Palliatieve Zorg Vlaanderen, n.d.).

#### **4.5.1 DE PICT SCHAAL**

De PICT schaal zorgt in twee stappen voor het tijdig identificeren van de start van de palliatieve fase in het ziekteverloop van zorgvragers en voor de inschatting van de ernst van hun zorgnoden. In de eerste stap wordt de ‘surprise question’ gesteld: “zou u verrast zijn als deze patiënt binnen het jaar overlijdt?” Indien het antwoord op deze vraag negatief is, markeert dit het stadium waarin het doel van de behandeling verschuift van curatief naar palliatief en dan wordt met de tweede schaal de ernst van de zorgnoden in kaart gebracht (zie bijlage C voor een overzicht van beide schalen). Het resultaat van het toepassen van de PICT schaal is het toekennen van één van volgende palliatieve statuten: een “eenvoudig statuut”, een “verhoogd statuut” of een “volledig statuut”. De herhaalde toepassing van de PICT laat toe om het statuut te wijzigen in overeenstemming met de situatie van de zorgvrager en om de zorg daaraan aan te passen (Hemmen et al., 2022).

Op basis van de PICT heeft het Expertisecentrum Dementie Paradox en het Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo, samen met enkele woonzorgcentra, praktische tools ontwikkeld om ondersteuning te bieden om VZP, palliatieve zorg en levenseindezorg binnen woonzorgcentra te implementeren. Eén van deze instrumenten is de brochure met bijhorende affiche “Knipperlichten voor opstart van Palliatieve Zorg” voor professionele medewerkers van woonzorgcentra (zie bijlage F).

#### **4.5.2 KNIPPERLICHTEN VOOR DE OPSTART VAN PALLIATIEVE ZORG**

De knipperlichten zijn in het leven geroepen door de vaststelling dat palliatieve zorgnoden te laat of niet worden opgemerkt bij zorgvragers in woonzorgcentra. Hierdoor wordt palliatieve zorg pas de laatste twee à drie dagen van het leven opgestart (dus eigenlijk terminale zorg). Het “Project tijdig opstarten van palliatieve zorg in het woonzorgcentrum (voor mensen met dementie)” resulteerde in een toolbox van documenten specifiek ontworpen voor verschillende doelgroepen in woonzorgcentra (bewoners, naasten en professionele medewerkers).

De ‘Knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg’ streven specifiek naar de herkenning van veranderende zorgnoden bij zorgvragers.

De knipperlichten geven kantelmomenten aan: kleine, onopvallende aspecten die veranderingen bij de zorgvrager markeren op somatisch, psychisch, sociaal en/of spiritueel vlak en die erop kunnen duiden dat de zorg moet aangepast worden aan de gewijzigde specifieke noden. Wanneer een knipperlicht opgemerkt wordt, dient dit besproken te worden met het team dat instaat voor de zorg, en kan ertoe leiden dat de zorgdoelen en de zorgplannen aangepast worden (ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo, 2020).

Figuur 3 geeft een overzicht van de knipperlichten. Het schema is een aangepaste versie ontwikkeld in het kader van het TETRA project ‘Van cure naar care’ van de originele affiche (zie bijlage D). In wat volgt wordt elk kantelmoment gespecificeerd zoals beschreven in de brochure (ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo, 2020).



*Figuur 3: Overzicht van de knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg (aangepast van 'Project tijdig opstarten van palliatieve zorg in het woonzorgcentrum (voor mensen met dementie)', 2020, ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo.*

**Elke aanbreng van vermoeden van verandering door familie of medewerker.** Misschien ken je het gevoel: Je bent enkele dagen/weken niet op de afdeling geweest. Bij je terugkeer merk je een achteruitgang bij één van de bewoners. Dit zie je meestal niet als je elke dag aanwezig bent. Dit signaal kan van medewerkers komen uit het zorgteam, paramedisch team of poetsteam, maar ook als het van de familie komt mag je het niet naast je neerleggen.

**Slikfunctie gaat achteruit.** Verschillende ziektebeelden – zoals dementie, ziekte van Parkinson, CVA ... - kunnen slikstoornissen veroorzaken. Dit kan zich op verschillende manieren uiten: kwijlen, onvermogen om een voedselbolus te maken, vast te houden en te positioneren, hamsteren, verminderde speekselproductie, aspiratie tijdens, voor of na de slikbeweging, vertraagde inzet van de slikbeweging, herhaaldelijke slikpogingen, enz.

**Recidiverende infecties.** (Slik-) pneumonie en urineweginfecties zijn vaak voorkomende infecties bij ouderen in het algemeen en zeker bij mensen met dementie. De weerstand tegen infecties is verminderd, antibiotica is minder efficiënt. Het wordt weinig zinvol om hen hiermee te blijven behandelen.

**Weigering van de bewoner (zorg, voedsel).** Voedselweigering komt vaak voor in een ver gevorderd ziekteproces. Dit kan verschillende oorzaken hebben.

- Mensen met dementie herkennen het voedsel niet meer en/of weten niet meer wat ze er mee moeten doen. Dit kan leiden tot het uitspuwen, het hoofd wegdraaien als het voedsel aangeboden wordt of laten uit de mond lopen. Naast het niet meer kunnen en/of niet meer begrijpen door het ziektebeeld, kan het ook zijn dat mensen geen voedsel meer wensen. Voedselweigering is dan een manier van communiceren dat ze iets niet meer willen. Voedselweigering kan dus berusten op een negatieve wilsuiting. Deze oorzaak ligt niet zo voor de hand, maar mag niet over het hoofd gezien worden.
- Voedselweigering kan ook te wijten zijn aan een onaangepaste consistentie.

- Weigering van voedsel kan eveneens wijzen op het aanbreken van de terminale fase. Het lichaam is op dat ogenblik niet meer in staat om voedsel en vocht te verwerken. Niets forceren en de mond en lippen vochtig houden is dan de meest aangepaste zorg.

**Nieuwe ernstige pathologie.** Bijkomende aandoeningen zoals een fractuur, nierfalen, bloedarmoede, enz. kunnen een aanleiding zijn om de totaalzorg te herbekijken.

**Gewichtsverlies >5% op 6 maand.** Gewichtsverlies bij een bewoner is steeds een teken dat er iets misgaat in het lichaam. Het hoort ook bij een dementieproces en staat los van de voedselinname. Het ontstaat door onder andere een ontoereikende voedselinname en door verhoogd energiegebruik (onrust, dolen, temperatuur, enz.). Daarnaast kan er zich zowel bij oncologische als bij dementiepatiënten anorexie-cachexie-syndroom ontwikkelen. Hierbij ontstaat een irreversibel proces van eiwitafbraak en spieratrofie. Bij een fragiele oudere betekent dit zeker dat de start van palliatieve zorg in overweging moet worden genomen.

**Wijziging zorgnood.** Als je ziet dat de zorgnood toeneemt of de bewoner geeft aan dat hij (meer) pijn of andere ongemakken heeft of de familie stelt vragen over de zorg, dan is het goed de totaalzorg opnieuw te bekijken.

**Bij een levenseindevraag.** Een bewoner kan zelf aangeven dat hij het levenseinde wil bespreken of daar informatie over vragen. Ook dit kan een aanleiding zijn om de zorgdoelen te herbekijken en de totaalzorg aan te passen.

**Na een ziekenhuisopname.** Een ziekenhuisopname kan zeer ingrijpend zijn. De ervaringen bij de ziekenhuisopname en de verandering in de algemene toestand bij de terugkeer naar het woonzorgcentrum kunnen ertoe leiden dat het behandeldoel moet worden aangepast.

**Herhaaldelijk vallen.** Als mensen herhaaldelijk vallen, is het goed om de totaalzorg opnieuw te bekijken. Enerzijds kan men op zoek gaan naar de oorzaken van het vallen en preventieve maatregelen treffen. Anderzijds is het goed om stil te staan bij de gevolgen van het vallen, zoals het risico op breuken.

**Vanaf GDS (Global Deterioration Scale) 7C.** Reisberg deelt het dementieproces op in 7 fases. Het functieverlies zoals beschreven in fase 7 (FAST-Functional Assessment Staging) biedt een leidraad voor de prognose. Vanaf fase 7C dient de palliatieve zorg geïntensifieerd te worden en kan de verwachte overleving minder dan 6 maand bedragen.

**Surprise question.** Stel de 'surprise question': zou ik verwonderd zijn dat deze bewoner binnen het jaar overlijdt?

**PICT-schaal.** Dit is een 'sensibilisatie-instrument'. Het houdt de hulpverlener alert om de palliatieve fase tijdig te herkennen en de zorg aan te passen. Naast het opsommen van algemene 'frailty-kenmerken' (waarvan er 2 positief moeten zijn), brengt het ook voor alle pathologieën criteria die wijzen op het palliatief stadium van de ziekte in kaart.

**Niet limitatieve lijst.** De opsomming van knipperlichten is uiteraard niet limitatief. Er zijn zeker nog andere alarmsignalen die erop kunnen wijzen dat de zorgnood van de bewoner verandert en dat de zorg op zich dient herbekeken te worden.

In het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie wordt iets dieper ingegaan op hoe kennis op zich niet altijd voldoende is om zorgverstrekkers op een gewenste manier te doen handelen. Eén van de oorzaken hiervan is dat het zelfvertrouwen en de morele moed om actie te ondernemen niet voldoende ontwikkeld zijn bij zorgverstrekkers.

## 4.6 SELF-EFFICACY EN SERIOUS GAMES

---

Zoals in de probleemstelling is aangegeven blijkt uit onderzoek dat zorgverstrekkers niet altijd voldoende kennis hebben van palliatieve zorgen en VZP. Het is dus belangrijk dat de knipperlichten gekend zijn en herkend worden in de praktijk zodat palliatieve zorg tijdig wordt opgestart bij zorgvragers in woonzorgcentra (Bolt et al., 2019). Maar ook als de kennis er is en voldoende instrumenten voorhanden zijn wordt palliatieve zorg en VZP dikwijls niet tijdig geïmplementeerd. Hiervoor is ook self-efficacy of zelfeffectiviteit nodig: het geloof in het eigen vermogen om acties te ondernemen om toekomstige situaties te beheersen (Masoudi Alavi, 2014; Shorey S. Lopez, 2021).

Studies over barrières die personeel verhinderen om VZP te initiëren wijzen niet enkel naar een gebrek aan kennis, maar ook naar een gebrek aan zelfeffectiviteit en aan training (Sudore et al., 2018; Batchelor et al., 2019; ten Koppel et al., 2019; Gilissen et al., 2020). Vergelijkbare conclusies worden getrokken uit studies die de drempels voor de implementatie van palliatieve zorg in kaart hebben gebracht (Nilsen et al., 2018; Zhou et al., 2020).

Het belang van zowel kennis als self-efficacy geeft aan dat vormingstrajecten nodig zijn om het implementeren van VZP en het tijdig opstarten van gepaste palliatieve zorg te verbeteren. Goede educatie van zowel artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen en andere professioneel betrokkenen is essentieel (Stulens, 2014). Verschillende opleidingen vanuit o.a. universiteiten, hogescholen en netwerken palliatieve zorg die passen bij de werkomgeving worden reeds aangeboden (Van Mechelen et al., 2015), maar om de kennis aan te leveren worden vaak klassieke onderwijsmethoden gebruikt, zoals PowerPoint-presentaties, lezingen en online modules. Deze statische, traditionele benaderingen vragen echter een beperkte betrokkenheid van de zorgprofessional en te weinig interactie, waardoor het leereffect onvoldoende is en de kennis niet wordt overgebracht. Recent wordt onderzoek gedaan naar gamification, dit is een proces om aan de hand van speltechnieken gedragsverandering te stimuleren. De bevindingen tonen aan dat dit een doeltreffende manier van lesgeven is waarbij het zorgpersoneel plezier beleeft aan het leren en meer kennis onthoudt bij het gebruik van spelelementen (Brull et al., 2017; Woolwine et al., 2019; Garrison et al., 2021).

Serious games of educational games zijn een unieke en effectieve manier om kennis en vaardigheden in gezondheidszorg te versterken waarbij deelnemers in een immersieve en interactieve omgeving worden geplaatst en ze zich kunnen inleven in de situaties die ze in de praktijk tegenkomen. Dit helpt hen om een dieper begrip te krijgen van de emoties, uitdagingen en specifieke zorgbehoeften van zorgvragers. Hoewel games een positieve invloed hebben op het leerproces, is het momenteel nog niet duidelijk of het gebruik van games in de opleidingen ook leidt tot een betere zorg en een betere resultaat voor de zorgvrager (Abdulmajed et al., 2015). Gamification is desalniettemin snel aan het evolueren tot een creatieve manier van vorming geven in verpleegkunde onderwijs (Brull et al., 2017; Gallegos et al., 2017; Woolwine et al., 2019; Garrison et al., 2021).

Spel-gebaseerd leren is een doeltreffende onderwijsmethode die vele voordelen heeft voor lerenden, gaande van kritisch denken tot projectleiderschap en zelfvertrouwen (Jeong, 2017). Door het inzetten van serious games kan de kennis en het zelfvertrouwen van de verpleegkundigen zich optimaal ontplooiën.



## 4.7 BESLUIT

---

De literatuurstudie heeft tot de volgende belangrijke inzichten geleid:

- Zorgvragers in woonzorgcentra hebben dikwijls een zwaar zorgprofiel.
- Zorgvragers in woonzorgcentra hebben hierdoor bijna allemaal palliatieve zorgnoden.
- VZP gesprekken brengen gemoedsrust voor zowel zorgvragers, hun naasten en de zorgverstrekkers.
- VZP gesprekken zijn moeilijke gesprekken en zorgverleners ervaren belemmeringen om het gesprek te starten.
- Signalen van zorgvragers om een VZP gesprek aan te gaan worden onvoldoende opgepikt door zorgverleners.
- Tijdige en gepaste palliatieve zorg biedt voordelen aan zorgvragers, hun naasten, de maatschappij, woonzorgcentra en zorgverstrekkers.
- Palliatieve zorg wordt veel te laat opgestart in woonzorgcentra.
- Knipperlichten die de start van de palliatieve fase in een ziekte-traject markeren zijn onvoldoende gekend en er wordt niet voldoende op de gepaste manier gevolg aan gegeven.
- Kennis omtrent VZP en palliatieve zorg en self-efficacy bij zorgverleners moet verbeteren.
- Traditionele onderwijsmethoden dragen te weinig bij tot kennisverwerving en self-efficacy.
- Serious games hebben potentieel in de vorming van verpleegkundigen.

Op basis van deze inzichten zal in het praktijkgedeelte van deze bachelorproef de impact bepaald worden van een innovatieve manier van vorming en training, gebruik makend van een combinatie van educatieve e-learnings en een serious game. De doelgroep van dit onderzoek zijn de zorgverstrekkers in een woonzorgcentrum. De betrouwbare kennisoverdracht en zelf-effectiviteit situeert zich in de context van het kennen en herkennen van knipperlichten bij zorgvragers.

Uit de literatuurstudie volgt duidelijk dat het tijdig opstarten van vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg vele voordelen biedt voor zowel de zorgvragers van een woonzorgcentrum, hun naasten én de zorgverstrekkers. Het doel van deze bachelorproef is dan ook om zowel de kennis als het zelfvertrouwen omtrent VZP, palliatieve zorg en de knipperlichten te verbeteren bij zorgverstrekkers in een woonzorgcentrum in Vlaanderen. Om dit doel te bereiken dient er basiskennis aangeboden te worden gevolgd door een optimale implementering van die kennis in de praktijk. De gekozen aanpak om dit te realiseren wordt hieronder uiteengezet en omvat een e-learning voor de kennisoverdracht gecombineerd met een zelfontworpen educational game om die kennis te oefenen. Ook de impact van deze aanpak wordt bepaald.

### 5.1 METHODOLOGIE

In wat volgt wordt het plan van aanpak besproken van dit verbeterproject. Eerst wordt de populatie besproken, de doelgroep waarmee er tijdens het traject wordt gewerkt. Vervolgens wordt het praktijkinstrument in detail uiteengezet en wordt de manier waarop gegevens verzameld, verwerkt en geanalyseerd worden om het effect van dit verbeterproject aan te tonen uitgelegd. Tenslotte wordt het volledige proces van het praktijkgedeelte van deze bachelorproef besproken.

De methodologie is zo opgebouwd om de deelvraag van de onderzoeksvraag “Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze (de knipperlichten) te herkennen én ermee aan de slag te gaan?” te kunnen beantwoorden.

#### 5.1.1 POPULATIE




























De onderzoeksvraag en deelvraag van deze bachelorproef bepalen dat de populatie voor dit onderzoek bestaat uit zorgverstrekkers (zorgkundigen, verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen) werkzaam in een woonzorgcentrum. De voorziening waar de bachelorproefstage plaatsvindt omvat drie afdelingen met een totale capaciteit van 96 bedden, waarvan er vier worden voorbehouden voor kortverblijf.

Studenten, verpleegkundigen van het multidisciplinaire equipo of het dagcentrum, logistieke medewerkers, artsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en orthopedisten worden niet bevestigd en behoren dus tot de exclusiecriteria.

In het totaal worden er 35 vragenlijsten uitgedeeld, verspreid over de drie afdelingen; 18 vragenlijsten worden ingevuld, wat overeenkomt met een responsratio van 51,4%. Om een beeld te krijgen van wie de respondenten zijn en welke achtergrond ze hebben, worden in het eerste deel van de bevestiging demografische gegevens verzameld en wordt bevestigd welke functie en ervaring ze hebben in directe patiëntenzorg en als medewerker in een woonzorgcentrum. Er wordt ook gepolst naar de vorming die ze al dan niet gevolgd hebben over palliatieve zorg en VZP. De antwoorden op deze vragen zijn samengevat in Tabel 1.

Met 89% is het overgrote deel van de respondenten vrouwen; de gemiddelde leeftijd is 41 jaar met een mediaan van 44 jaar en varieert tussen 23 en 57 jaar. Het aantal zorgverstrekkers, opgedeeld volgens hun functie, die deelnemen aan het onderzoek zijn zeven verpleegkundigen (38,9%), negen zorgkundigen (50%), en twee hoofdverpleegkundigen (teamcoaches; 11,1%). De drie personeelsgroepen hebben gemiddeld langer ervaring in de directe patiëntenzorg dan als medewerker van een woonzorgcentrum (voor details, zie Tabel 1). Zorgkundigen geven aan minder vorming gekregen en gevolgd te hebben in palliatieve zorg en VZP, dan verpleegkundigen. Zowel verpleegkundigen als zorgkundigen hebben minder vorming genoten in

VZP dan in palliatieve zorg, terwijl de hoofdverpleegkundigen in beide thema's zijn opgeleid (voor details, zie Tabel 1).

 <b>Geslacht</b>			89%		
			11%		
 <b>Leeftijd</b>		gemiddeld (jaar) mediaan (jaar) range (jaar)	41 jaar 44 jaar 23-57 jaar		
		Zorgkundige	50%		
 <b>Functie</b>		Verpleegkundige	38,9%		
		Hoofdverpleegkundige	11,1%		
 <b>Ervaring</b>		100% gemiddeld (jaar) mediaan (jaar) range (jaar)	 14,9 17 5-25	 13,7 13 3-30	 21 21 14-28
		100% gemiddeld (jaar) mediaan (jaar) range (jaar)	 8,3 4 1-24	 7,3 7 3-12	 10,5 10,5
 <b>Vorming</b>		nee deel van opleiding navorming	 33,3% 33,3% 33,3%	 0% 100% 0%	 0% 0% 100%
		VZP nee deel van opleiding	 66,7% 33,3%	 57,1% 42,9%	 0% 100%

Tabel 1: Overzicht van demografische en achtergrondgegevens van de respondenten.

### 5.1.2 PRAKTIJKINSTRUMENT

Het praktijkinstrument om dit verbeterproject te realiseren bestaat uit drie onderdelen: (1) twee vormingsmomenten voor kennisoverdracht, (2) een interactieve werkvorm voor kennisretentie, en (3) een voor- en nabevraging voor impactmeting en blootleggen van werkpunten.

De kennisoverdracht wordt betracht met twee e-learnings, 'Van cure naar care' en 'Wet- en regelgeving van VZP in België', die de medewerkers op eigen kracht en eigen tempo moeten doornemen. De e-courses omvatten informatie over de verschillende ziekte-trajecten, het ABC model, de opstart van palliatieve zorg en het wetgevend kader omtrent VZP in België. Tijdens een tweede vormingsmoment worden de knipperlichten toegelicht: de knipperlichtenaffiche wordt voorgesteld op de verschillende afdelingen tijdens verschillende overdrachtsmomenten. Het doel van de affiche wordt toegelicht en de knipperlichten worden elk afzonderlijk besproken. Hierbij aansluitend wordt de bijpassende brochure verdeeld onder de zorgverstrekkers (zie bijlage F).

Om de kennis in de praktijk te brengen wordt een educational game uitgewerkt op basis van de knipperlichtenaffiche en brochure. Het spelmateriaal omvat: speelkaarten met de knipperlichten en hun uitleg, casuskaarten, het cure-care model en het model van de verschillende ziekte-trajecten (zie bijlage J). De opzet van het spel is om casussen op een interactieve manier in groep te behandelen. De onderzoeker leest een casuskaart voor aan de participanten. Er worden enkele gerichte vragen gesteld in functie van het cure-care-model en de verschillende ziekte-trajecten, en vervolgens gaat de casus verder. In de casussen zitten knipperlichten verwerkt die de participanten dienen te herkennen en aan te geven. Nadien kan er in gesprek worden gegaan omtrent het aanpakken van die knipperlichten. Meningingen worden gedeeld en ieders visie wordt gehoord en gerespecteerd.

Voor de voor- en nabevragingen wordt gekozen voor kwantitatief onderzoek omdat op die manier de resultaten cijfermatig kunnen verwerkt en voorgesteld worden in overzichtelijke grafieken en tabellen. Alle antwoorden worden verzameld, geanalyseerd, en verwerkt in grafieken in Excel.

De gebruikte vragenlijsten zijn gebaseerd op de gevalideerde 'VZP+ vragenlijst voor zorgpersoneel' (Gilissen et al., 2020). Via vragenlijsten kunnen meerdere zorgverstrekkers worden bereikt in een kortere tijdspanne. Bovendien kan er objectief en anoniem geantwoord worden wat de representativiteit ten goede komt. De anonimiteit vermindert ook de kans op sociaal wenselijke antwoorden. De vragenlijsten bestaan uit gesloten vragen waar de respondenten een vooropgesteld antwoord dienen aan te duiden. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn, staat dit vermeld. De duidelijkheid van de vragenlijsten en de tijdsinvestering wordt vooraf gecontroleerd door ze te laten invullen door een zorgkundige uit een ander woonzorgcentrum: voor de voorbevraging zijn 30 min nodig, voor de nabevraging 15 min.

Tijdens de voorbevraging (zie bijlage A) wordt informatie gewonnen die de huidige stand van zaken omtrent VZP in de organisatie aangeeft en over de visie van de respondenten over VZP. Bovendien wordt via een test een nulmeting afgenomen over de theoretische kennis en het gevoel van self-efficacy rond VZP. In de nabevraging die wordt afgenomen na de vormingsmomenten en de educational game (zie bijlage B), wordt dezelfde test opnieuw afgenomen waardoor de impact van de interventie kan worden bepaald. Ook de mening van de zorgverstrekkers omtrent het gebruik en de meerwaarde van educational games wordt bevraagd.

### 5.1.3 PROCES

Voor de aanvang van de bachelorproef wordt bij de ethische commissie nagegaan of er voorafgaande goedkeuring vereist is, maar omdat er niet met patiëntengegevens wordt gewerkt, is dit niet het geval. Ook wordt er toestemming gevraagd aan de directie van het woonzorgcentrum om het onderzoek te mogen

uitvoeren. De uitwerking van het praktijkgedeelte wordt besproken tijdens enkele fysieke contactmomenten met de externe mentor en de directeur.

Begin februari worden de vragenlijsten voor de voorbevraging opgesteld gebaseerd op de 'VZP+ vragenlijst voor zorgpersoneel'. De vragenlijsten worden aangepast op basis van feedback verkregen van de externe mentor. De voorbevraging omvat volgende onderdelen: eigen ervaring met VZP, eigen ideeën over VZP, het vertrouwen in eigen kunnen omtrent VZP, de kenmerken van VZP, vragen omtrent persoonlijke gegevens. Na instemming van de directie worden begin maart 35 kopijen van de voorbevraging verdeeld onder de medewerkers van de drie afdelingen. Bij de vragenlijsten wordt een informed consent gevoegd om de deelnemers te informeren over het onderzoek en hun vrijwillige medewerking te bevestigen.

Elke zorgverstrekker die deelneemt aan het onderzoek krijgt een papieren versie van de voorbevraging, die ze na het invullen kunnen deponeren in de daarvoor voorziene VZP+ box. De zorgverstrekkers krijgen ruim twee weken de tijd om de ingevulde vragenlijsten in te dienen (van 06/03/2023 tot en met 20/03/2023). Om de zorgverstrekkers te stimuleren tot het invullen van de vragenlijsten wordt hier tijdens overdrachtsmomenten extra aandacht aan gespendeerd. Uiteindelijk doen zeven verpleegkundigen, negen zorgkundigen en twee hoofdverpleegkundigen mee aan het onderzoek.

Vanaf 22 maart 2023 wordt er gestart met de verwerking van de gegevens van de voorbevraging.

De vorming omtrent palliatieve zorg en VZP bestaat uit twee e-learnings die op 3 april 2023 via mail worden verstuurd naar de participanten van het onderzoek. Aangezien niet alle zorgverstrekkers een digitaal apparaat ter beschikking hebben, wordt de inhoud van de e-learning ook op papier uitgewerkt (zie bijlage H & I).

Op 7 april 2023 is de nabevraging op punt gesteld.

Op 11, 12 en 13 april wordt op de drie afdelingen van het woonzorgcentrum een tweede vormingsmoment georganiseerd waarbij de knipperlichten worden voorgesteld, de affiche wordt opgehangen in de verpleegposten en de bijhorende brochure wordt uitgedeeld.

Om de kennis over de knipperlichten in de praktijk te brengen wordt tussen 24 en 30 april 2023 het knipperlichtenspel een zestal keer gespeeld met de participanten van het onderzoek. Elke sessie nam ongeveer 30 minuten in beslag.

Direct aansluitend op deze trainingsmomenten wordt de nabevraging ingevuld door dezelfde respondenten die de voorbevraging hadden ingevuld. Tijdens het onderzoek was er geen uitval van respondenten. De nabevraging omvat volgende onderdelen: het vertrouwen in eigen kunnen omtrent VZP, de kenmerken van VZP (kennistest), en de persoonlijke mening over het knipperlichtenspel.

Vanaf 1 mei 2023 worden de gegevens van de nabevraging verwerkt en vergeleken met de resultaten van de voorbevraging.

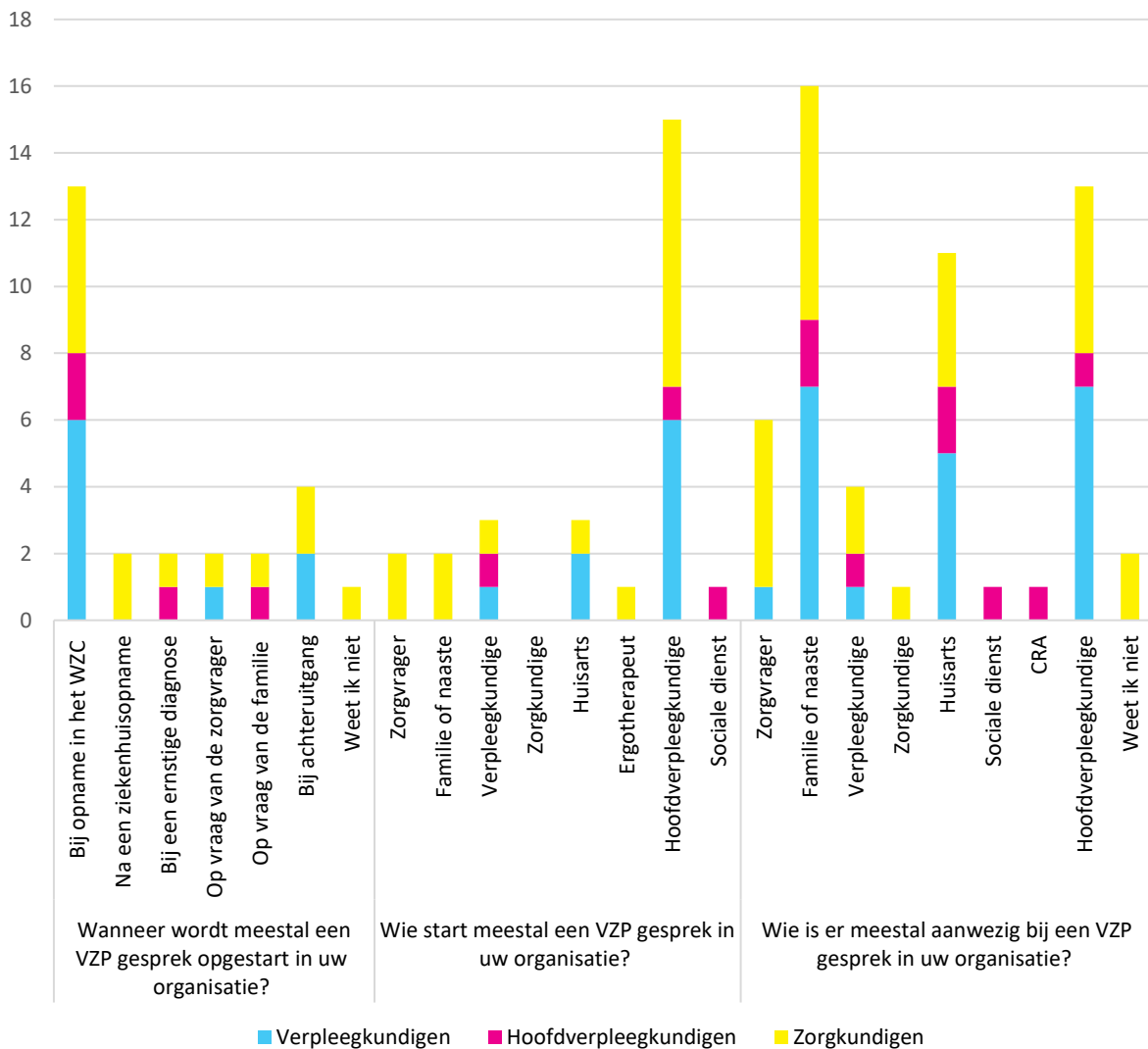
De dataverwerking resulteerde in de opbouw van het resultatenluik van deze bachelorproef waarbij op basis van de voorbevraging eerst de huidige stand van zaken omtrent VZP in het woonzorgcentrum wordt besproken, gevolgd door de visie van de respondenten over VZP. Vervolgens worden de resultaten van de voor- en nabevraging naast elkaar gelegd over de kennis en het gevoel van self-efficacy rond VZP van de respondenten waardoor de impact van de interventies op de kennis en self-efficacy in kaart kan worden gebracht. Als afsluiter wordt de appreciatie voor educational games besproken.

## 5.2 RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

De personeelsbezetting van een woonzorgcentrum bestaat voornamelijk uit zorgkundigen, verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen. Om te bepalen hoe elke discipline vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg ervaart en implementeert binnen het woonzorgcentrum worden alle resultaten van deze bachelorproef telkens in deze drie groepen opgesplitst.

### 5.2.1 DE STAND VAN ZAKEN OMTRENT VZP IN HET WOONZORGCENTRUM

Om zicht te krijgen op de stand van zaken in het woonzorgcentrum werden in de voorbevraging drie gesloten vragen gesteld met een aantal vooropgestelde antwoorden die de organisatie van VZP gesprekken in kaart brengen, namelijk wanneer wordt een VZP gesprek opgestart en door wie, en wie is erbij aanwezig. De resultaten zijn weergegeven in Figuur 4.



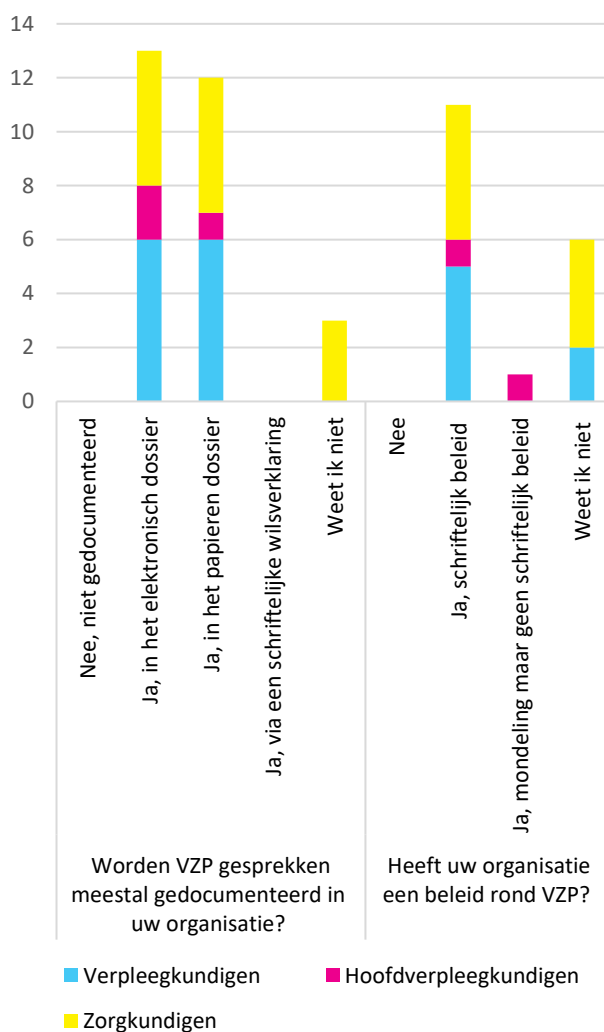
Figuur 4: Stand van zaken over de organisatie van VZP in het woonzorgcentrum.

Uit de antwoorden op de eerste vraag blijkt dat de opstart van een VZP gesprek in het woonzorgcentrum verschillende aanleidingen kan hebben, maar in de meeste gevallen is er een VZP gesprek bij de verhuis naar het woonzorgcentrum. Slechts 72% van de respondenten duidt deze reden echter aan: niet alle verpleegkundigen en zorgkundigen blijken hiervan op de hoogte te zijn. Volgens de hoofdverpleegkundigen worden VZP gesprekken ook gevoerd bij een ernstige diagnose of op vraag van de familie. De

verpleegkundigen stellen dat ook op vraag van een zorgvrager of bij een achteruitgang in de conditie van de zorgvrager een VZP gesprek wordt gevoerd. Opvallend is dat de zorgkundigen van mening zijn dat alle opgesomde mogelijkheden een aanleiding zijn om VZP gesprekken op te starten.

Bij de vraag wie het VZP gesprek start, blijkt dat 83% van de respondenten meent dat de hoofdverpleegkundigen het initiatief nemen (55,6% van alle antwoorden). De verpleegkundigen en de huisarts zijn veel minder betrokken bij de opstart van VZP gesprekken (11,1%), alsook de zorgvrager zelf en diens familie (7,4%), en ergotherapeuten en de sociale dienst (3,7%). Wanneer de antwoorden van de drie personeelsgroepen vergeleken worden dan blijkt er geen unanimiteit te zijn: zelfs binnen elke groep zijn de meningen uiteenlopend. De zorgkundigen die zelf niet betrokken zijn bij het opstarten van een VZP gesprek geven aan dat iedereen, met uitzondering van de sociale dienst, het initiatief neemt binnen de voorziening.

Tenslotte is er een redelijke consensus onder de drie personeelsgroepen dat bij een VZP gesprek in het woonzorgcentrum vooral de familie van de zorgvrager (88%), de hoofdverpleegkundige (72%), en de huisarts (61%) aanwezig zijn. Verpleegkundigen, maar vooral zorgkundigen, de CRA en de sociale dienst blijken slechts uitzonderlijk aanwezig tijdens een VZP gesprek. Opmerkelijk is dat slechts 33% van de respondenten (waarvan één verpleegkundige en vijf zorgkundigen) aangeeft dat de zorgvrager zelf aanwezig is op een VZP gesprek.



*Figuur 5: grafische voorstelling resultaten omtrent de stand van zaken m.b.t. VZP in het woonzorgcentrum.*

De stand van zaken wat betreft VZP in het woonzorgcentrum werd nog verder bevraagd aan de hand van drie vragen die zicht brengen op hoe de VZP gesprekken gedocumenteerd worden, hoeveel VZP gesprekken gemiddeld met één zorgvrager gevoerd worden, en of het woonzorgcentrum een beleid heeft rond VZP. De resultaten zijn weergegeven in Figuur 5.

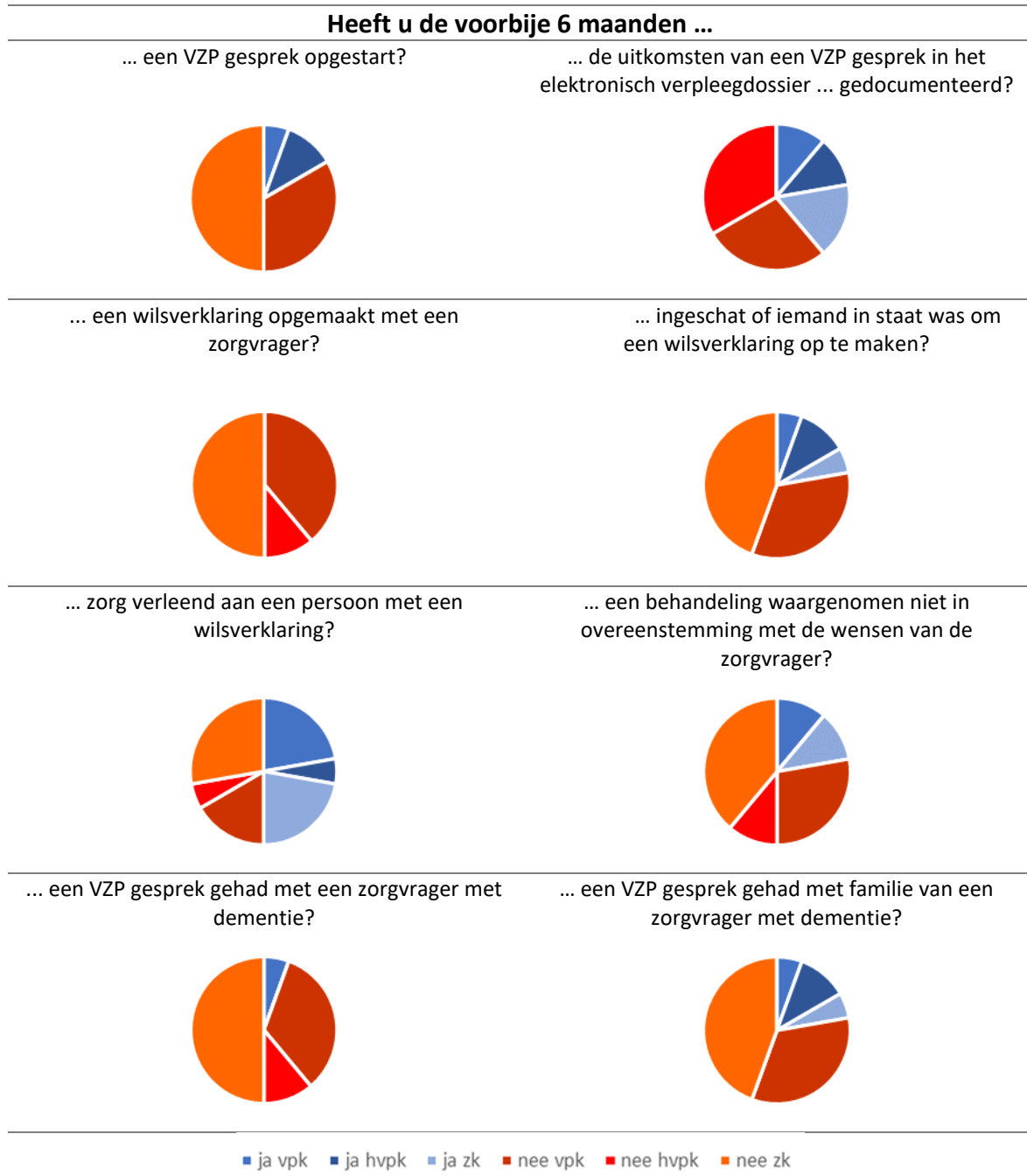
In het woonzorgcentrum worden de gevoerde VZP gesprekken zowel gedocumenteerd in het elektronisch als in het papieren dossier. Terwijl beide hoofdverpleegkundigen zeggen dat de informatie in het elektronisch dossier wordt opgenomen, is er slechts één die zegt dat dat ook in het papieren dossier komt. Eén derde van de zorgkundigen weet niet wat het antwoord is.

Op de vraag wat de frequentie van VZP gesprekken is per zorgvrager antwoorden de respondenten dat er gemiddeld twee of drie gesprekken worden gevoerd tijdens het verblijf van zorgvragers in het woonzorgcentrum.

Opvallend is dat bijna de helft (44,4%) van de respondenten aangeeft niet zeker te weten of het woonzorgcentrum een VZP-beleid heeft, terwijl bijna alle anderen denken dat er een schriftelijk beleid is. Eén hoofdverpleegkundige meent dat er enkel een mondeling beleid is.

Om het deel van de voorbevraging over de stand van zaken af te sluiten, werden acht ja/nee vragen gesteld die gedragingen gerelateerd aan VZP in de afgelopen zes maanden in kaart brengen. Tabel 2 geeft een overzicht van de vragen en de procentueel weergegeven antwoorden van de respondenten van de drie personeelsgroepen, waarbij 'ja' in blauwe tinten is weergegeven en 'nee' in rode tinten.

De taartdiagrammen geven aan dat er zeer weinig positieve antwoorden gegeven zijn op de vragen, wat mogelijk een indicatie is dat een palliatieve zorgcultuur slechts beperkt aanwezig is in het woonzorgcentrum.



Tabel 2: Stand van zaken in het woonzorgcentrum over acht vragen over gedragingen gerelateerd aan VZP.



In de voorbije 6 maanden heeft slechts 16,6% van de respondenten een VZP gesprek opgestart: beide hoofdverpleegkundigen en één verpleegkundige. De resultaten van deze gesprekken werden door hen, maar ook door zorgkundigen, gedocumenteerd in het elektronisch verpleegdossier. Bij de vraag hoeveel VZP-gesprekken de respondenten de voorbije zes maanden hadden gehad met zorgvragers gaven de hoofdverpleegkundigen aan in deze periode minstens 7 gesprekken te hebben gevoerd, de verpleegkundige had één gesprek gevoerd.

Niemand heeft de afgelopen zes maanden een wilsverklaring opgesteld met zorgvragers in het woonzorgcentrum, hoewel 22% van de respondenten heeft ingeschat of iemand in staat was om een wilsverklaring op te stellen en 50% van hen zorg hebben verleend aan zorgvragers met een wilsverklaring.

Opvallend is dat er, ondanks dat er VZP gesprekken worden gevoerd, toch 22% van de respondenten behandelingen heeft waargenomen die niet overeenstemden met de wensen van de zorgvrager (twee zorgkundigen en twee verpleegkundigen). Slechts 5,5% van de respondenten heeft een VZP gesprek gevoerd met een zorgvrager met dementie en 22% met familie van een zorgvrager met dementie.

De diversiteit in de antwoorden uit dit eerste deel van de voorbevraging wijst erop dat het voor de medewerkers niet echt duidelijk is hoe VZP georganiseerd wordt in het woonzorgcentrum. De hoofdverantwoordelijkheid voor het voeren van VZP gesprekken blijkt bij de hoofdverpleegkundigen te liggen. De bevinding dat beide hoofdverpleegkundigen geen rol zien voor de zorgvrager zelf in geen enkele van de stappen van een VZP gesprek en dat ze elk een andere mening hebben over het VZP beleid van het woonzorgcentrum is zorgwekkend. De resultaten geven ook aan dat de palliatieve zorgcultuur eerder beperkt is in het woonzorgcentrum.

In wat volgt worden de resultaten van het tweede deel van de voorbevraging geanalyseerd en besproken, en wordt nagegaan wat de visie van de respondenten is over VZP.

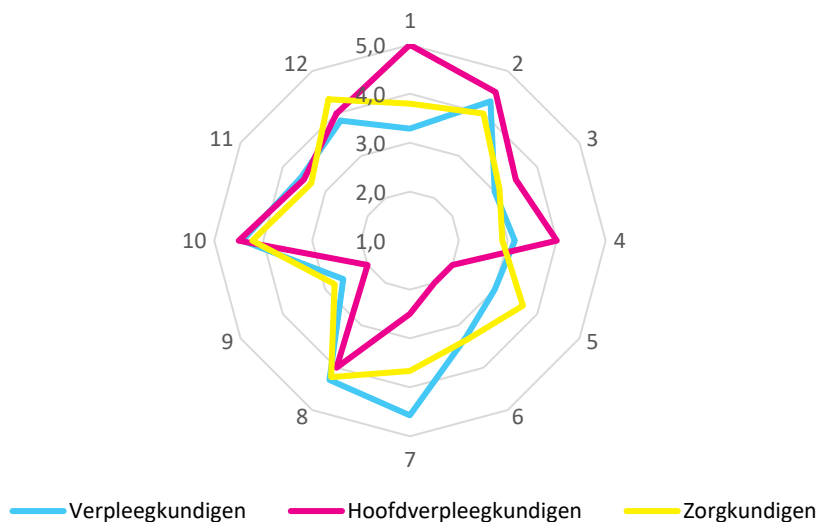
## **5.2.2 VISIE VAN DE ZORGVERSTREKKERS VAN HET WOONZORGCENTRUM OVER VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING**

In het tweede deel van de voorbevraging werden twaalf eens/oneens vragen gesteld om inzicht te krijgen in de huidige visie van zorgverstrekkers in het woonzorgcentrum rond VZP. Een overzicht van de vragen is gegeven in Tabel 3 en de antwoorden zijn weergegeven in Figuur 6.

Om de visie van de drie personeelsgroepen rond VZP met elkaar te kunnen vergelijken werd gekozen om de antwoorden op de twaalf stellingen te verwerken in een radargrafiek. Om dit mogelijk te maken werden de antwoorden (5 mogelijkheden: helemaal oneens; eerder oneens; noch eens, noch oneens; eerder eens; helemaal eens) omgezet naar scores van 0 tot 5 en daarvan werd het gemiddelde berekend per personeelsgroep. Als alle respondenten in een personeelsgroep unaniem “helemaal oneens” antwoorden resulteert dit in de minimumscore van 0, een unaniem antwoord “helemaal eens” levert de maximumscore van 5 op.

Geponeerde stellingen die polsen naar de visie rond VZP van de drie personeelsgroepen.			
1	In de meeste gevallen weten zorgvragers niet genoeg over gezondheidszorg om een wilsverklaring op te stellen	7	Een gesprek over VZP zou met iedere zorgvrager gevoerd moeten worden
2	Huisartsen moeten actief betrokken zijn bij het helpen van zorgvragers om een wilsverklaring op te stellen	8	VZP kan de besluitvorming voor familieleden rond het levenseinde vergemakkelijken voor zorgvragers met dementie
3	Huisartsen zijn meestal op de hoogte van de wensen van hun zorgvragers m.b.t. levenseindezorg, zonder een schriftelijke wilsverklaring of andere schriftelijke neerslag van VZP	9	Zorgvragers met dementie kunnen de hoop verliezen na een VZP gesprek
4	De informatie in een wilsverklaring is meestal voldoende om de behandeling te sturen	10	Voor de meeste zorgvragers met beginnende dementie is het nuttig om informatie over hun ziekteverloop en de mogelijke opties voor toekomstige zorg en behandeling te krijgen
5	Familieleden zijn meestal op de hoogte van de wensen van een zorgvrager m.b.t. levenseindezorg	11	Een zorgvrager met dementie moet betrokken zijn in een VZP gesprek
6	Het is emotioneel belastend om zorgvragers te helpen met het invullen van een wilsverklaring	12	Gedurende een VZP gesprek met een zorgvrager met dementie moet er een familielid aanwezig zijn

Tabel 3: De twaalf stellingen die polsen naar de visie rond VZP van de drie personeelsgroepen.



Figuur 6: Scores van de antwoorden op de twaalf stellingen over de visie rond VZP van de drie personeelsgroepen binnen het woonzorgcentrum. De buitenste cijfers komen overeen met de vragen in Tabel 3. De maximumscore is 5 (unaniem helemaal eens), de minimumscore 0 (unaniem helemaal oneens).

Afhankelijk van de geponeerde stellingen zijn de visies van de verschillende zorgverstrekkers gelijkaardig (nummer in het groen aangeduid in Tabel 3) of heel verschillend (nummer in het rood aangeduid in Tabel 3). De hoofdverpleegkundigen zijn het unaniem helemaal eens dat zorgvragers vaak niet genoeg weten over gezondheidszorg om wilsverklaringen op te stellen (stelling 1), maar de verpleegkundigen en zorgkundigen

schatten die kennis van de zorgvragers veel hoger in en zijn veel minder akkoord met deze stelling. De hoofdverpleegkundigen vinden ook veel meer dan verpleegkundigen en zorgkundigen dat de informatie in een wilsverklaring meestal voldoende is om een behandeling te sturen (stelling 4). Anderzijds, vinden verpleegkundigen en zorgkundigen over het algemeen dat familieleden meestal op de hoogte zijn van de wensen van een zorgvrager m.b.t. levenseindezorg (stelling 5) en dat het toch wel emotioneel belastend is om zorgvragers te helpen met het opstellen van wilsverklaringen (stelling 6); de hoofdverpleegkundigen zijn veel minder akkoord met deze stellingen. Bij de drie personeelsgroepen liggen de meningen helemaal uit elkaar bij de vraag of er een VZP gesprek moet komen met elke zorgvrager (stelling 7): de hoofdverpleegkundigen zijn hier het minst mee akkoord en de zorgkundigen, maar vooral de verpleegkundigen, vinden dat dat wel moet gebeuren.

Alle drie de personeelsgroepen zijn niet akkoord dat een VZP gesprek de hoop kan ontnemen bij zorgvragers met dementie (stelling 9). Ze zijn wel redelijk akkoord dat zorgvragers actief moeten geholpen worden door huisartsen om een wilsverklaring op te stellen (stelling 2), dat VZP de besluitvorming voor familieleden rond het levenseinde kan vergemakkelijken (stelling 8), dat het nuttig is dat de zorgvragers met beginnende dementie informatie krijgen over hun ziekteverloop en de mogelijke opties voor toekomstige zorg en behandeling (stelling 10), en dat een familielid best aanwezig is gedurende een VZP gesprek met een zorgvrager met dementie (stelling 12). Hoewel de scores iets lager liggen is er ook een consensus bij de drie personeelsgroepen dat huisartsen meestal op de hoogte zijn van de wensen van hun zorgvragers (stelling 3) en dat zorgvragers met dementie betrokken moeten worden in een VZP gesprek (stelling 11). Het resultaat op deze laatste stelling is verrassend aangezien er de laatste zes maanden bijna geen gesprekken worden gevoerd met zorgvragers met dementie (Tabel 2) en de zorgvragers zo goed als niet betrokken worden bij het VZP proces (Figuur 4).

Hoewel deze resultaten over het algemeen aangeven dat de visie van de zorgverstrekkers van dit woonzorgcentrum over VZP in overeenstemming is met wat vooropgesteld wordt in de literatuur, valt op dat de personeelsgroepen die het dichtst bij de zorgvragers staan een andere mening zijn toegedaan dan de hoofdverpleegkundigen.

In het volgende onderdeel worden de resultaten geanalyseerd van het luik van de voor- en nabevraging dat polst naar de kennis van de respondenten over VZP.

### **5.2.3 KENNIS VAN DE ZORGVERSTREKKERS IN HET WOONZORGCENTRUM OVER VZP VOOR EN NA DE INTERVENTIES**

Om het effect van de combinatie van de vormingen en de educational game op de kennis rond VZP te bepalen, werd een voor- en nabevraging gedaan bestaande uit twaalf juist/fout stellingen. Een overzicht van de vragen van deze kennistest is gegeven in Tabel 4.

Voor de verwerking van de gegevens werden de antwoorden omgezet in scores: 1 voor een correct antwoord en 0 voor een fout antwoord of wanneer 'Ik ben niet zeker' werd geantwoord. Op deze manier werd voor elke respondent een totaal score voor de 12 vragen berekend (weergegeven in de onderste rij; maximumscore 12; minimumscore 0) die een indicatie geeft van de individuele prestaties van de respondenten. Bovendien werd ook per vraag een totaalscore berekend van alle respondenten samen (weergegeven in de laatste kolom; maximumscore 18; minimumscore 0) die een indicatie geeft van de moeilijkheidsgraad van de vraag en van de nood aan extra aandacht voor dit onderwerp. Om de cijfergegevens duidelijker te visualiseren, werd een kleurencode gegeven aan de scores: groen voor een correct antwoord, rood voor een fout antwoord, en wit voor een 'ik ben niet zeker' antwoord.

In onderstaande tabellen 5 en 6 zijn in de eerste rij de respondenten weergegeven: zorgkundigen in blauw, verpleegkundigen in rood, en hoofdverpleegkundigen in groen. In de eerste kolom staan de nummers van de stellingen.

<b>1.</b> Een wilsverklaring stelt een zorgvrager in staat zijn wil m.b.t. gezondheidszorg te communiceren voor het geval deze zijn/haar wilsbekwaamheid verliest in de toekomst.
<b>2.</b> Een vertegenwoordiger heeft de bevoegdheid om beslissingen te nemen m.b.t. de gezondheidszorg voor een zorgvrager wanneer deze dat zelf niet kan.
<b>3.</b> Een zorgvrager kan alleen een familielid aanduiden als zijn vertegenwoordiger.
<b>4.</b> Een naaste kan behandelingen weigeren in de plaats van een wilsonbekwame zorgvrager.
<b>5.</b> Een arts is verplicht om alle ingrijpende behandelingen uit te voeren als een zorgvrager of familielid daarom vraagt, onafhankelijk van de mogelijke voor- of nadelen van die behandelingen
<b>6.</b> Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend.
<b>7.</b> Een zorgvrager met dementie mag zijn/haar wilsverklaring wijzigen.
<b>8.</b> Elk familielid van een zorgvrager met dementie mag de wilsverklaring van deze persoon wijzigen.
<b>9.</b> Als een wilsonbekwame zorgvrager zelf geen vertegenwoordiger heeft aangeduid, is het bij wet vastgelegd wie in zijn/haar plaats beslissingen kan nemen.
<b>10.</b> Volgens de euthanasiewet mag een arts euthanasie toepassen bij een persoon die zich in een onomkeerbare comateuze toestand bevindt, indien die persoon voorafgaand een schriftelijke wilsverklaring met euthanasieverzoek heeft opgemaakt.
<b>11.</b> Zorgvragers die wilsbekwaam en niet-terminaal ziek zijn, hebben het recht om behandelingen te weigeren, zelfs indien deze beslissing tot de dood kan leiden.
<b>12.</b> Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren.

*Tabel 4: De twaalf juist/fout stellingen van de kennistest over VZP.*

Uit Tabel 5, die de resultaten weergeeft van de voorbevraging, blijkt dat er grote verschillen zijn in het kennisniveau van de respondenten: elf respondenten slaagden niet voor de test, drie respondenten haalden een score van 8 of 9, en vier respondenten haalden scores van 10 of 11. Opvallend is dat maar liefst 78% van de zorgkundigen minstens de helft van de vragen beantwoordden met 'ik ben niet zeker' waardoor deze respondenten zeer lage scores behaalden (gemiddelde score is 3,4/12 in vergelijking met 6,3/12 voor de verpleegkundigen en 9,5/12 voor de hoofdverpleegkundigen).

Ook de moeilijkheidsgraad van de twaalf vragen bleek zeer verschillend: geen enkele vraag werd door alle respondenten juist beantwoord, zeven vragen behaalden een onvoldoende (score van minder dan 9), en de resterende vijf vragen behaalden zeer lage scores tussen 9 en 11. De vraag 'Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren' werd slechts door 56% van de respondenten juist beantwoord.

Omdat de vele 'ik ben niet zeker' antwoorden van de zorgkundigen een zeer negatief effect hebben op de scores, werden per vraag ook enkel de scores van de (hoofd)verpleegkundigen bekeken (aangeduid in fuchsia in de laatste kolom van Tabel 5). Ook nu werd geen enkele vraag door alle respondenten correct beantwoord en drie vragen behaalden nog steeds een onvoldoende, maar slechts twee vragen behaalden een lage score van 5, terwijl de resterende vragen scores van 6 en 7 behaalden (maximum score 9). De vraag 'Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren' werd nog steeds door slechts 67% van de respondenten juist beantwoord.

In vergelijking met Tabel 5, blijkt uit Tabel 6 dat na de interventies de kennis omtrent VZP van de respondenten, vooral van de zorgkundigen, enorm is verbeterd. Hoewel de zorgkundigen nog steeds lagere scores behaalden, was geen enkele van hen niet geslaagd voor de test en werden ook veel minder 'ik ben niet zeker' antwoorden gegeven (gemiddelde score is 8,2/12 (stijging met 141%), in vergelijking met

10,6/12 voor de verpleegkundigen (stijging met 68%) en 11,5/12 voor de hoofdverpleegkundigen (stijging met 21%). Acht respondenten behaalden een score lager dan 10, zeven respondenten hadden een score van 10 of 11, en drie respondenten behaalden de maximumscore van 12.

Wanneer na de interventies de moeilijkheidsgraad van de twaalf vragen wordt geëvalueerd is er slechts één vraag die nog steeds een onvoldoende scoort: 'Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend' (vraag 6). Alle andere vragen behalen hoge scores van 12 of meer; de vraag 'Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren' wordt nu door alle respondenten juist beantwoord.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	score/ vraag max 18/9
1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	10/7
2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11/7
3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	10/6
4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	7/4
5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	8/5
6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4/2
7	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	8/5
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	7/6
9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6/5
10	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	5/3
11	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	9/7
12	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	10/6
score per respondent max 12	10	5	0	1	2	3	2	0	8	5	5	0	8	11	11	4	9	10	

Tabel 5: Kennis van de respondenten omtrent VZP vóór de interventies. Kleurencode: groen=correct; rood=fout; wit=ik ben niet zeker. Respondenten: zorgkundigen=blauw; verpleegkundigen=rood; hoofdverpleegkundigen=groen.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	score/ vraag max 18
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
4	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	12
5	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
6	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	5
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
8	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
9	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
10	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
11	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
score per respondent max 12	10	10	9	9	7	6	8	7	8	10	10	9	10	12	12	11	11	12	

Tabel 6: Kennis van de respondenten omtrent VZP na de interventies. Kleurencode: groen=correct; rood=fout; wit=ik ben niet zeker. Respondenten: zorgkundigen=blauw; verpleegkundigen=rood; hoofdverpleegkundigen=groen.

## 5.2.4 HET GEVOEL VAN SELF-EFFICACY VOOR EN NA DE INTERVENTIES

Tenslotte werd ook het effect van de combinatie van de twee vormingsmomenten en het knipperlichtenspel op de self-efficacy rond VZP bepaald met een voor- en nabevraging. Hierbij werden twaalf handelingen voorgelegd (Tabel 7), waarvoor de respondenten hun eigen zelfvertrouwen moesten beoordelen op een schaal van 1 (zeer laag) tot 10 (zeer hoog). Door dergelijke zelfevaluatie te gebruiken, kunnen we nauwkeurig meten hoeveel vertrouwen de respondenten hebben in hun eigen vermogen om om te gaan met VZP en palliatieve zorg en nagaan wat de impact is van de interventies.

In Tabel 8 zijn de resultaten weergegeven van de voorbevraging, in Tabel 9 die van de nabevraging. Ook voor deze data werden de cijfergegevens duidelijker gevisualiseerd door een kleurencode te geven aan de scores: een groene kleur voor scores hoger dan 7, een gele kleur voor scores tussen 5 en 7, en een rode kleur voor scores lager dan 5. In de tabellen wordt bovendien de gemiddelde score van zelfvertrouwen per respondent weergegeven (onderste rij) en per vraag (laatste kolom). In de eerste rij worden de respondenten weergegeven: zorgkundigen in blauw, verpleegkundigen in rood, en hoofdverpleegkundigen in groen. In de eerste kolom staan de nummers van de handelingen.

1. Het opstarten van gesprekken over VZP
2. Het bespreken van de aandoening en behandelopties met een zorgvrager in het kader van VZP
3. Het bespreken van VZP
4. De rol van vertegenwoordiger uitleggen aan zorgvragers en familie
5. Het beantwoorden van vragen van een zorgvrager over wilsverklaringen
6. Het beantwoorden van vragen van de familie over wilsverklaringen
7. Het tegemoetkomen aan de neergeschreven wensen van een zorgvrager
8. Het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen
9. Het bespreken van wensen over toekomstige zorg met familieleden
10. Het bespreken van algemene zaken omtrent sterven en de dood
11. Het voeren van een gesprek over VZP met zorgvragers met dementie
12. Het voeren van een gesprek over VZP met familie van zorgvragers met dementie

*Tabel 7: De twaalf VZP-gerelateerde handelingen waarmee het zelfvertrouwen van de zorgverstrekkers werd bepaald.*

Uit Tabel 8 kunnen we afleiden dat er een grote variatie is in het gevoel van zelfvertrouwen onder de respondenten, met een range in de gemiddelde score van 3 tot 9. Vooral de zorgkundigen schatten hun self-efficacy zeer laag tot middelmatig in. Vóór de interventies is hun gemiddelde score voor alle twaalf de vragen slechts 3,8/10, terwijl dat bij de verpleegkundigen 6,8/10 en bij de hoofdverpleegkundigen zelfs 8,5/10 is. Ook de gemiddelde score per vraag is over het algemeen laag: vier vragen behalen een onvoldoende, vier vragen een score lager dan 6, drie vragen een score lager dan 7 en slechts één vraag behaalt een score hoger dan 7. Wanneer de scores van de zorgkundigen buiten beschouwing worden gelaten (aangeduid in fuchsia in de laatste kolom van Tabel 8) dan behaalt slechts één vraag net voldoende; voor alle andere vragen worden scores tussen 6,6 en 8,3 genoteerd. Desalniettemin is de vraag met de laagste en hoogste score in beide berekeningen dezelfde: het laagste gevoel van self-efficacy wordt toegewezen aan het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen (vraag 8) en de respondenten hebben het meeste zelfvertrouwen in het tegemoetkomen aan de neergeschreven wensen van een zorgvrager (vraag 7).

In vergelijking met Tabel 8, valt uit Tabel 9 op dat ook na de interventies de variatie onder de respondenten groot blijft, maar bij 66% van de zorgverstrekkers is het zelfvertrouwen wel toegenomen. Vooral de zorgkundigen en verpleegkundigen schatten hun self-efficacy na de interventies hoger in: hun gemiddelde

score is nu respectievelijk 5,2/10 (stijging met 37%) en 7.4/10 (stijging met 9%); de interventies hebben geen effect gehad op het zelfvertrouwen van de hoofdverpleegkundigen. Voor alle vragen is de gemiddelde score iets toegenomen na de interventies: slechts één vraag haalt nog een onvoldoende; voor twee vragen wordt een lage score rond de 5 bekomen, maar voor alle resterende vragen worden nu een score tussen 6 en 8,4 bekomen.

De resultaten geven dus aan dat er drie handelingen zijn waarvoor de respondenten een lager gevoel van self-efficacy hebben en waarop verder zou moeten ingezet worden: het bespreken van de aandoening en behandelopties met een zorgvrager in het kader van VZP (vraag 2), het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen (vraag 8), en het opstarten van gesprekken over VZP (vraag 1).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Gemiddelde score per vraag max 10
1	0	0	4	5	0	0	2	5	0	8	7	7	4	8	7	6	9	10	4,6/7,3
2	0	0	4	5	0	0	1	5	0	8	7	7	6	7	7	0	7	10	4,1/6,6
3	5	8	2	4	0	5	1	8	0	8	6	8	6	7	7	5	9	10	5,5/7,3
4	2	7	4	4	3	0	1	8	4	8	7	8	8	7	8	1	7	10	5,4/7
5	2	3	3	3	3	0	1	8	2	8	7	8	6	7	8	1	8	6	4,7/6,6
6	2	7	4	3	2	5	1	8	2	8	7	8	6	7	8	1	8	6	5,2/6,6
7	9	7	3	8	7	10	6	5	9	8	8	9	8	10	9	7	8	8	7,7/8,3
8	5	2	1	1	2	1	1	1	1	8	5	6	1	2	8	6	5	6	3,4/5,2
9	6	6	2	8	2	10	5	8	5	8	8	7	8	8	8	7	8	10	6,9/8
10	8	7	4	8	5	5	4	5	6	7	7	7	8	9	7	6	9	10	6,8/7,8
11	5	3	2	3	6	1	5	8	5	8	5	7	6	9	7	5	9	9	5,7/7,2
12	5	4	4	4	6	1	6	8	5	8	7	7	8	9	7	5	8	10	6,2/7,7
Gemiddelde score per respondent max 10	4	5	3	5	3	3	3	6	3	8	7	7	6	8	8	4	8	9	

Tabel 8: Zelfevaluatie van de respondenten over hun gevoel van self-efficacy over VZP-gerelateerde handelingen vóór de interventies. Kleurencode: groen: score>7; geel: 4≤score≤7; rood: score<4. Respondenten: zorgkundigen=blauw; verpleegkundigen=rood; hoofdverpleegkundigen=groen.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Gemiddelde score per vraag max 10
1	0	0	5	6	6	0	2	6	0	8	7	8	5	8	7	6	9	10	5,2
2	0	0	5	6	6	0	2	5	0	8	8	8	7	7	7	0	8	10	4,8
3	5	8	3	5	5	6	3	8	0	9	7	9	7	6	8	4	9	10	6,2
4	5	8	5	5	5	4	3	9	5	9	8	9	8	6	7	3	7	10	6,4
5	5	5	6	5	5	4	4	8	4	8	7	9	7	6	8	3	7	7	6,0
6	5	5	5	6	6	6	4	9	4	9	7	9	7	8	9	2	8	6	6,4
7	10	9	8	8	8	10	8	6	9	8	8	9	8	10	9	8	8	8	8,4
8	6	5	5	4	4	3	2	3	3	9	6	7	2	6	8	6	5	7	5,1
9	7	6	6	9	9	10	5	8	5	9	9	7	8	7	7	7	8	10	7,6
10	8	8	5	8	8	6	5	6	7	9	8	8	9	9	8	5	9	10	7,6
11	6	5	6	6	6	4	6	8	6	9	7	7	6	9	8	6	9	9	6,8
12	6	5	5	6	6	4	6	8	6	9	7	8	8	9	8	6	8	10	6,9
Gemiddelde score per respondent max 10	5	5	5	6	6	5	4	7	4	9	7	8	7	8	8	5	8	9	

Tabel 9: Zelfevaluatie van de respondenten over hun gevoel van self-efficacy over VZP-gerelateerde handelingen na de interventies. Kleurencode: groen: score>7; geel: 4≤score≤7; rood: score<4. Respondenten: zorgkundigen=blauw; verpleegkundigen=rood; hoofdverpleegkundigen=groen.

In de nabevraging werden tenslotte vier extra vragen gesteld (Tabel 10) om specifiek zicht te krijgen op het gevoel van self-efficacy van de respondenten met betrekking tot het herkennen van palliatieve zorgnoden, en het bespreken van levenseindevragen en knipperlichten.

14. Het bespreken van knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg met een zorgvrager.
15. Het toelichten van knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg aan de familie van een zorgvrager.
16. Het herkennen van palliatieve zorgnoden bij een zorgvrager.
17. Het bespreken van levenseindevragen met een zorgvrager.

Tabel 10: Extra vragen die polsen naar het zelfvertrouwen met betrekking tot de knipperlichten.

Uit Tabel 11 blijkt dat het gevoel van self-efficacy door alle respondenten middelmatig tot hoog wordt ingeschat: de gemiddelde score voor de vier vragen is voor twee derden van de respondenten hoger of gelijk aan 7. De gemiddelde score per vraag geeft aan dat het zelfvertrouwen dat palliatieve zorgnoden voortaan herkend worden bij en levenseindevragen besproken worden met zorgvragers iets hoger is dan de self-efficacy om knipperlichten te bespreken met de zorgvrager en diens familie.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Gemiddelde score per vraag max 10
14	5	6	5	5	6	6	5	8	7	6	7	8	8	5	7	6	6	7	6,3
15	5	6	5	7	7	6	5	7	7	6	7	8	9	6	8	7	7	7	6,7
16	6	6	5	7	6	7	6	8	8	7	8	9	7	6	8	9	8	8	7,2
17	8	7	6	6	7	8	5	7	8	8	7	8	9	7	8	6	8	9	7,3
Gemiddelde score per respondent max 10	6	6	5	6	7	7	5	8	8	7	7	8	8	6	8	7	7	8	

Tabel 11: Zelfevaluatie van de respondenten na de interventies over hun gevoel van self-efficacy betreffende het herkennen van de palliatieve zorgnoden, en het bespreken van levenseindevragen en knipperlichten. Kleurencode: groen: score>7; geel: 5≤score≤7; rood: score<5. Respondenten: zorgkundigen=blauw; verpleegkundigen=rood; hoofdverpleegkundigen=groen.

### 5.2.5 IS EEN SERIOUS GAME EEN MEERWAARDE VOLGENS DE ZORGVERSTREKKERS?

Er werden tenslotte acht stellingen geponeerd om te polsen naar de ervaringen van de respondenten met de educatieve game en de effectiviteit ervan (Tabel 12).

1. Ik weet dat er knipperlichten bestaan die veranderende zorgnoden bij zorgvragers aangeven.
2. Ik vind "het knipperlichten spel" een goede manier om knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg te leren herkennen bij zorgvragers.
3. Ik zal vanaf heden, tijdens een patiënten overdracht, zelf knipperlichten signaleren en aankaarten.
4. Ik verkies een interactieve educational game in groep uit te voeren i.p.v. één op één.
5. Ik verkies een interactieve educational game boven een algemene informatieve vorming.
6. Ik raad een educational game aan als vormingsmethode om andere zorgthema's aan bod te laten komen.
7. Mijn zelfvertrouwen omtrent VZP is vergroot na het spelen van "het knipperlichten spel".
8. Mijn zelfvertrouwen omtrent VZP is vergroot na het bekijken van de aangeboden e-learnings.

Tabel 12: Vragen over de bevindingen omtrent knipperlichten en het knipperlichtenspel.



De respondenten konden antwoorden met 'Akkoord', 'Niet akkoord' of 'Geen mening'. De resultaten worden weergegeven in Tabel 13. Om de tabel overzichtelijk te maken, wordt 'Akkoord' aangeduid met '1' in het groen, 'Niet akkoord' met '0' in het rood en 'Geen mening' met '0' in het wit. In de tabel wordt bovendien de totaal score per respondent weergegeven (onderste rij) en per vraag (laatste kolom). In de eerste rij worden de respondenten weergegeven: zorgkundigen in blauw, verpleegkundigen in rood, en hoofdverpleegkundigen in groen. In de eerste kolom staan de nummers van de stellingen.

Alle respondenten zijn na de interventies op de hoogte van het bestaan van knipperlichten (stelling 1) en bevestigen de doeltreffendheid van 'het knipperlichtenspel' om kantelmomenten te leren herkennen voor de opstart van palliatieve zorg bij zorgvragers (stelling 2). Desalniettemin geeft slechts 55% van hen aan dat ze voortaan tijdens patiënten-overdrachten zelf in staat zouden zijn om deze knipperlichten te signaleren en te bespreken en hierbij zijn vooral de verpleegkundigen nog aan te twijfelen (stelling 3).

Het merendeel (94%) van de respondenten gaven de voorkeur om de interactieve educatieve game in groepsverband te spelen in plaats van in individuele sessies (stelling 4). De helft van de respondenten geeft de voorkeur aan een interactieve game boven een algemene informatieve vorming en 11% verkiest een traditionele vorming boven een game (stelling 5). Iets meer dan de helft van de respondenten (55%) zou educatieve games ook aanraden voor vorming rond andere zorgthema's (stelling 6).

Tenslotte zegt 55% van de respondenten dat het spelen van het knipperlichtenspel hun zelfvertrouwen positief heeft beïnvloed, bij 11% van de respondenten was dat niet het geval (stelling 7). De e-learnings hebben het zelfvertrouwen van de helft van de respondenten bevorderd, bij één respondent was dat niet het geval (stelling 8).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	score per vraag max 18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
3	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	10
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17
5	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	9
6	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	10
7	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	10
8	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	9
score per respondent max 8	7	6	8	7	4	7	8	4	3	4	6	6	2	7	6	4	5	7	

Tabel 13: Ervaren met en effectiviteit van het knipperlichtenspel.

### 5.3 DISCUSSIE

---

Het doel van deze bachelorproef was om de kennis omtrent vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg en het gevoel van self-efficacy rond deze thema's te verhogen bij zorgvestrekkers van een woonzorgcentrum in Vlaanderen. Om dit doel te bereiken werd een verbetertraject geïmplementeerd dat bestond uit drie stappen: vormingsmomenten, een educational game en een voor- en nabevraging. In deze discussie worden de belangrijkste bevindingen besproken en worden de bekomen resultaten vergeleken met bevindingen uit de literatuur. Bij de opbouw van de discussie volgen we de structuur van de resultatensectie.

#### **Voor de interventies is de palliatieve zorghouding in het woonzorgcentrum beperkt**

De diversiteit in de antwoorden op de zes gesloten vragen en de acht 'Heb je de laatste zes maanden...' vragen uit het eerste deel van de voorbevraging doen vermoeden dat het voor de medewerkers van het woonzorgcentrum niet echt duidelijk is hoe VZP georganiseerd wordt in hun organisatie en dat de palliatieve zorghouding dus niet echt uitgedragen wordt. Opvallend was dat de zorgkundigen, die zelf niet betrokken worden in het VZP proces in het woonzorgcentrum, een beeld over VZP lijken te hebben dat veel dichter aansluit bij wat de literatuur voorschrijft dan de (hoofd)verpleegkundigen: er zijn veel aanleidingen om een VZP gesprek te starten, alle zorgvertrekkers hebben een rol te spelen, en de zorgvrager is best aanwezig bij een VZP gesprek, ook indien er sprake is van dementie (Van Mechelen et al., 2015). In het woonzorgcentrum blijken de hoofdverpleegkundigen de verantwoordelijkheid te dragen voor het voeren van VZP gesprekken. Hun antwoorden op de zes vragen geven echter aan dat deze personeelsgroep geen rol ziet voor de zorgvrager zelf in de verschillende stappen van een VZP gesprek en dat het VZP beleid van het woonzorgcentrum en de procedure voor het documenteren van de resultaten van VZP gesprekken voor hen niet duidelijk is, wat toch enigszins zorgwekkend is.

De respondenten geven ook aan dat ze in het voorbije half jaar zeer weinig VZP gesprekken gevoerd hebben met zorgvragers en hun familie en geen enkele wilsverklaring hebben helpen opmaken. Bovendien is de belangrijkste reden om een VZP gesprek te voeren de verhuis naar het woonzorgcentrum. De andere opgesomde mogelijkheden, die signalen zijn dat herhaling van een VZP gesprek aan de orde is, worden slechts beperkt aangeduid door de respondenten. De richtlijn geeft nochtans aan dat het belangrijk is om de zorgdoelen en wensen regelmatig te herbekijken, zeker bij zorgvragers met dementie (Van Mechelen et al., 2015).

Deze resultaten wijzen op een te beperkte kennis van knipperlichten en de PICT schaal, waardoor palliatieve zorgnoden niet herkend worden en het risico dat VZP en palliatieve zorg in deze organisatie laattijdig wordt opgestart vrij groot is.

#### **De respondenten hebben over het algemeen een juiste visie op wat VZP inhoudt**

Hoewel er geen unanimititeit is onder de respondenten, geven de antwoorden op de twaalf vragen over de context van VZP aan dat over het algemeen de visie van de zorgverstrekkers van het woonzorgcentrum over VZP in overeenstemming is met wat vooropgesteld wordt in de literatuur (Van Mechelen et al., 2015). Belangrijk is dat de grootste consensus bestaat rond de volgende thema's: een VZP gesprek ontnemt de hoop niet bij zorgvragers met dementie, zorgvragers moeten actief geholpen worden door huisartsen om een wilsverklaring op te stellen, VZP kan de besluitvorming voor familieleden rond het levenseinde vergemakkelijken, en het is nuttig om zorgvragers met beginnende dementie te informeren over hun ziekteverloop en de mogelijke opties voor toekomstige zorg en behandeling.

Wat opviel in de resultaten is dat er een discrepantie was in de antwoorden van de hoofdverpleegkundigen in vergelijking met die van de twee andere personeelsgroepen rond thema's die kennis van de zorgvragers

en hun naasten vereisten. Veel meer dan hoofdverpleegkundigen, zijn zorgkundigen en verpleegkundigen van mening dat zorgvragers wel voldoende inzicht hebben in gezondheidszorg om een wilsverklaring op te stellen, dat de informatie die in een wilsverklaring staat niet altijd voldoende is om een behandeling te sturen, dat er soms handelingen gebeuren die niet in overeenstemming zijn met de wensen van de zorgvrager, dat familieleden soms meer dan de huisarts op de hoogte zijn van de wensen van hun zorgvragers, en dat iedere zorgvrager een VZP gesprek zou moeten krijgen. Die andere inschatting door zorgkundigen en verpleegkundigen is mogelijks het gevolg van het feit dat zij dichterbij de zorgvrager en hun naasten staan en met hen een vertrouwensband hebben, twee aspecten die erg faciliterend werken bij VZP gesprekken (Van Mechelen et al., 2015; Gilissen et al., 2021).

Verpleegkundigen en zorgkundigen denken ook dat het emotioneel belastend is voor zorgverstrekkers om te helpen bij het opmaken van wilsverklaringen, hoewel ze geen sterke rol opnemen in het VZP proces in het woonzorgcentrum. Deze visie gecombineerd met het gebrek aan ervaring kunnen een belemmering zijn voor de zorgverstrekkers van deze organisatie om de essentiële rol die ze kunnen spelen bij VZP-gesprekken op te nemen (Gilissen et al., 2021).

Tenslotte zijn alle respondenten van mening dat zorgvragers met dementie betrokken moeten worden in een VZP gesprek. Hoewel dit de juiste attitude is (Albers et al., 2016), geven de zorgverstrekkers aan dat er de laatste zes maanden zo goed als geen VZP gesprekken zijn gevoerd met zorgvragers met dementie. Een te beperkte kennis van knipperlichten en de PICT schaal liggen mogelijk aan de basis van deze ogenschijnlijke contradictie.

### **Voor de interventies zijn de kennis over VZP en de self-efficacy over VZP handelingen beperkt bij de respondenten**

Om de kennis van de respondenten over VZP te testen werden voor de interventies twaalf juist/fout stellingen geponeerd. De resultaten geven aan dat er een zeer grote variatie is in de kennis van de respondenten. De zorgkundigen scoren het laagst in de kennistest. Dit resultaat kan verklaard worden op basis van de demografische gegevens: 33,3% van de zorgkundigen heeft geen eerdere vorming gekregen over palliatieve zorg en twee derden heeft geen opleiding rond VZP gekregen. De vaststelling dat de zorgkundigen vaak 'ik ben niet zeker' hebben geantwoord geeft aan dat ze niet hebben gegokt tijdens de kennistest. Ook de scores van de verpleegkundigen zijn laag. Nochtans tonen de demografische gegevens dat ze allemaal vorming in palliatieve zorg hebben gekregen en iets minder dan de helft van hen heeft ook vorming over VZP gekregen, beide als deel van hun opleiding Verpleegkunde. Uit een recent PWO onderzoek 'Palliatieve zorg: nood aan educatie?!' uitgevoerd door de onderzoeksgroep van Howest Verpleegkunde, is echter gebleken dat het thema palliatieve zorg zeer beperkt aan bod komt in de Vlaamse bacheloropleidingen Verpleegkunde (Vereecke D., persoonlijke mededeling). Men kan zich dus vragen stellen over de kwaliteit van de gekregen vorming rond palliatieve zorg en VZP. Tenslotte is de gemiddelde leeftijd en het aantal jaar ervaring van de respondenten een indicatie dat het vrij lang geleden is dat ze deze vormingen hebben gekregen, dus is de vraag in welke mate die kennis nog up-to-date is.

Uit de eigen inschatting van hun gevoel van self-efficacy omtrent twaalf VZP handelingen blijkt dat ook het zelfvertrouwen in het eigen kunnen sterk varieert onder de respondenten en dat de zorgkundigen hun zelfvertrouwen enorm laag inschatten. Het ontbreken van kennis over en aan ervaring met VZP zijn hier wellicht een verklaring voor (Gillisen et al., 2021).

In de kennistest is de vraag met de laagste score: 'Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend.' Het laagste gevoel van self-efficacy wordt toegewezen aan het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen. Deze bevindingen geven aan dat er extra moet ingezet

worden op het verwerven van basiskennis rond het wettelijk kader van VZP. Ook de stelling 'Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren', wordt slechts door 56% van de respondenten juist beantwoord wat het eerdere vermoeden bevestigd dat de knipperlichten onvoldoende gekend zijn bij de zorgverstrekkers.

### **Het verbetertraject heeft een positief effect op de kennis en self-efficacy inzake VZP**

De impact van het verbetertraject op de kennis en self-efficacy wordt bepaald tijdens de nabevraging. Wat de kennis betreft is het effect van de interventies uitgesproken positief bij alle respondenten, maar bij de zorgkundigen heeft de combinatie van de e-learnings en het knipperlichtenspel een enorme verbetering gerealiseerd. Voor de interventies behaalden de zorgkundigen gemiddeld 28% op de kennistest en erna 68% en er wordt ook veel minder 'ik ben niet zeker' geantwoord. De verpleegkundigen gingen van gemiddeld 53% naar 88% en de hoofdverpleegkundigen van 79% naar 96%. Ook na de interventies behaalt de stelling 'Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend' nog steeds een onvoldoende.

Na de interventies is ook het zelfvertrouwen bij 66% van de respondenten toegenomen: bij de zorgkundigen is er een stijging met 37% en bij verpleegkundigen met 8%; bij de hoofdverpleegkundigen wordt geen effect gemeten. Ook na de interventies zijn er nog drie handelingen waarvoor de respondenten een lager gevoel van self-efficacy hebben en waarop verder zou moeten ingezet worden: het bespreken van de aandoening en behandelopties met een zorgvrager in het kader van VZP, het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen, en het opstarten van gesprekken over VZP.

De erg positieve impact van de interventies op zowel kennis als self-efficacy in de korte tijdspanne van de bachelorproef heeft onze verwachtingen overtroffen. Het verder in de praktijk brengen en inoefenen van de nieuwe kennis, onder andere door het knipperlichtenspel, kan dit effect verduurzamen. Inderdaad, uit de nabevraging blijkt dat het gevoel van self-efficacy van de respondenten met betrekking tot het herkennen van palliatieve zorgnoden, en het bespreken van levenseindevragen en knipperlichten, middelmatig tot hoog wordt ingeschat. Bovendien zorgde de uitrol van het praktijkgedeelte van deze bachelorproef voor heel wat reactie binnen het woonzorgcentrum. De zorgverstrekkers zijn zich bewust geworden dat ze bepaalde zaken beter kunnen aanpakken, en dat willen ze ook doen. Dankzij de bachelorproef gingen zorgverstrekkers in overleg met elkaar, palliatieve zorgnoden werden opgemerkt bij verscheidenen zorgvragers en artsen werden betrokken. Deze bevindingen stemmen ons hoopvol dat de interventies ook een positief effect gaan hebben op het gedrag van de respondenten zodat er in de toekomst in het woonzorgcentrum op een pro-actievere manier zal omgegaan worden met VZP en palliatieve zorg (Masousi Alavi, 2014; Shorey, Lopez, 2021).

### **De helft van de respondenten vindt de gebruikte aanpak een meerwaarde**

Uit de resultaten wat betreft de ervaringen van de respondenten met de educational game blijkt dat het knipperlichtenspel unaniem effectief werd bevonden als manier om kantelmomenten te leren herkennen voor de opstart van palliatieve zorg bij zorgvragers. De helft van de respondenten verkiest een interactieve game boven een traditionele informatieve vorming en iets meer dan de helft zou educatieve games ook inzetten bij vorming rond andere zorgthema's. Dit betekent dat het knipperlichtenspel als activerende werkvorm gesmaakt wordt door de respondenten, maar dat er wel nog verder moet worden op ingezet om de rest van de zorgvertrekkers ook enthousiast te maken.

Bovendien geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan dat ze tijdens de patiënten-overdracht zelf knipperlichten zullen signaleren en bespreken. Hoewel dit wijst op een actieve betrokkenheid en de toepassing van de opgedane kennis, is er blijkbaar nog wat terughoudendheid om met de knipperlichten

aan de slag te gaan. Door het tijds kader van de bachelorproef is de nabevraging onmiddellijk na het knipperlichtenspel ingevuld. Een mogelijke verklaring is dus dat er te weinig tijd is geweest om de kennis voldoende te oefenen waardoor er nog geen volledige implementatie is van het gebruik van de knipperlichten.

Tenslotte hebben zowel het spelen van het knipperlichtenspel als het zelfstandig doorlopen van de e-learning's bij 50%-55% van de respondenten het zelfvertrouwen bevorderd.

Het inzetten van het knipperlichtenspel als methodiek voor spel-gebaseerd leren, biedt duidelijk aanzienlijke voordelen voor zorgverstrekkers, zoals het verbeteren van kennis, vaardigheden en zelfeffectiviteit. Het gebruik van serious games biedt een immersieve en interactieve omgeving waarin zorgverstrekkers kunnen oefenen met realistische situaties, waardoor ze een dieper begrip ontwikkelen van de zorgbehoeften van zorgvragers. Deze resultaten sluiten aan bij recente bevindingen die aantonen dat gamification een effectievere manier voor kennisoverdracht is waarbij het zorgpersoneel meer plezier heeft en kennis beter onthoudt in vergelijking met de conventionele vormingsmethodieken (Brull et al., 2017 ; Woolwine et al., 2019; Garrison et al., 2021). Aangezien de combinatie van kennis en zelfeffectiviteit cruciaal zijn bij het implementeren van VZP en het tijdig opstarten van gepaste palliatieve zorg, kan de integratie van de gebruikte educatieve benadering in het woonzorgcentrum ertoe bijdragen dat zorgverstrekkers zich optimaal kunnen ontwikkelen waardoor de kwaliteit van palliatieve zorg zal verbeteren.

### **Kanttekeningen bij het praktijkonderzoek**

Het praktijkgedeelte van deze bachelorproef werd zo goed mogelijk uitgewerkt en geïmplementeerd. Maar om deze discussie af te sluiten zijn er toch een aantal zaken waarmee rekening dient gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten.

Een eerste punt is de grootte van de steekproef. In totaal zijn er 42 zorgverstrekkers werkzaam in het woonzorgcentrum (25 zorgkundigen, 14 verpleegkundigen, 3 hoofdverpleegkundigen), maar slechts 18 hebben meegewerkt aan het onderzoek. Het gaat dus om een kleine steekproef en de resultaten zijn mogelijk niet representatief voor dit en andere woonzorgcentra.

Ten tweede zijn er de vele 'ik ben niet zeker' en 'geen mening antwoorden' waardoor we ons de bedenkingen maken: werden de e-courses wel bekeken, werden de vragenlijsten te snel ingevuld?

Tenslotte heeft het praktijkgedeelte een beperkte diepgang omdat het een kwantitatief onderzoek betreft.

Op basis van de bevindingen van het praktijkgedeelte en de bemoedigende resultaten, wordt in het laatste hoofdstuk van deze bachelorproef een actieplan voorgesteld met aanbevelingen voor het verder in de praktijk brengen van de interventies.

## 5.4 PLAN VAN AANPAK

---

Om zorgverstrekkers blijvend te stimuleren tot het herkennen van palliatieve zorgnoden bij zorgvragers, is het belangrijk om verder in te zetten op de verbeterpunten die in het praktijkgedeelte van deze bachelorproef werden geïdentificeerd. Om op basis van deze verbeterpunten een duurzame verandering te realiseren en systematisch tot innovatie en continue kwaliteitsverbetering te komen wordt een actieplan opgesteld volgens de vier stappen van de PDCA-cyclus: Plan, Do, Check, Act.

### 5.4.1 PLAN-FASE

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de kennis rond vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg beter kan en dat de communicatie binnen de voorziening rond deze thema's bevorderd kan worden.

Voor beide verbeterpunten kan er vanuit de antwoorden op de bevestigingen een inventaris gemaakt worden van de huidige situatie in het woonzorgcentrum.

**Kennis bevorderen** - Vanuit de demografische gegevens kan worden gesteld dat 55% van de respondenten geen eerdere vorming kreeg in VZP en 16% geen vorming heeft genoten omtrent palliatieve zorg. 55% geeft aan hun vorming te hebben gekregen als deel van hun opleiding. De ontoereikendheid van de basiskennis rond deze thema's illustreert dat de kennisoverdracht die gerealiseerd is tijdens deze opleidingen slechts beperkt was.

**Communicatie bevorderen** - Uit de resultaten van de bevestigingen kan worden geconcludeerd dat er geen heldere communicatie is binnen de organisatie omtrent het gebeuren van VZP en palliatieve zorg. Er blijkt geen duidelijkheid te zijn over de procedure om VZP gesprekken te documenteren en over het bestaan van een VZP beleid in het woonzorgcentrum.

Wanneer een dieper inzicht wordt verkregen in deze werkpunten kan een efficiënte aanpak worden geïnitieerd waardoor op termijn, palliatieve zorgnoden tijdiger zullen worden herkend door zorgverstrekkers en VZP en palliatieve zorg tijdig zullen worden opgestart binnen het woonzorgcentrum.

Hieronder wordt er per verbeterpunt een doelstelling opgesteld volgens de SMART-principes waardoor ze concreet en werkbaar zijn. De gedetailleerde uitwerking van beide doelstellingen is terug te vinden in bijlage J.

**Doelstelling 1:** Binnen een termijn van één jaar wordt een verplichte bijscholing (die bestaat uit korte vormingsmomenten (bvb interactieve e-learnings) gecombineerd met educatieve games om de kennis in praktijk te brengen) voor alle zorgverstrekkers georganiseerd binnen de voorziening. Elke zorgverstrekker verkrijgt via de opleiding correcte informatie en wordt de basiskennis opgefrist. Het resultaat hiervan is tijdige herkenning van veranderende zorgnoden bij zorgvragers en een tijdige opstart van VZP en palliatieve zorg in het woonzorgcentrum.

**Doelstelling 2:** Binnen een termijn van één jaar, wordt gewerkt aan een duidelijk beleid omtrent VZP en palliatieve zorg binnen het woonzorgcentrum. Dit moet ervoor zorgen dat iedere zorgverstrekker binnen de organisatie weet heeft van het bestaan van het beleid en wat dit inhoudt. Eén van de punten moet zijn waar van het resultaat van een VZP gesprek moet worden gedocumenteerd en waar de weerslag ervan kan worden teruggevonden. Hierdoor zal elke zorgverstrekker op de hoogte zijn van het gebeuren van VZP en palliatieve zorg binnen de voorziening.

Als onderzoeker ben ik mij er van bewust dat er weerstand kan ontstaan bij het uitrollen van het praktijkgedeelte. Weerstand kan door verschillende zaken opgewekt worden, maar het is altijd nefast voor het draagvlak van het verandertraject. Om de uitrol van het traject te borgen dient er geanticipeerd te

worden op de verschillende vormen van weerstand zodat ze op een gerichte manier kunnen aangepakt worden. In Tabel 14 is een kort overzicht gegeven van verschillende mogelijke oorzaken van weerstand en de manier waarop ze kunnen aangepakt worden.

	Oorzaak	Aanpak
Verpleegafdeling	Kennis te kort	Herhaaldelijke vormingen aanbieden
	Onvoldoende inspraak	Alle zorgverstrekkers inspraak geven
		Ruimte voorzien voor vragen, bedenkingen en suggesties
	De noodzaak van kennisverbetering niet inzien	Focussen op de voordelen van de kennisverbetering
		Motiverende gespreksvoering toepassen
Evidence-based argumenten toepassen		
Management	De kostprijs voor het organiseren van een vorming	De noodzaak van de investering benadrukken
		Focus op lange termijn voordelen

Tabel 14: Overzicht van mogelijke oorzaken van weerstand en manieren om er mee om te gaan.

#### 5.4.2 DO-FASE

In de uitvoeringsfase of de 'Do-fase' worden de verbeterpunten geïmplementeerd. Om dit te realiseren, is een gefaseerde aanpak essentieel, waarbij elke stap zorgvuldig wordt uitgevoerd. Deze gefaseerde benadering is van cruciaal belang om weerstand tot een minimum te beperken en voort te bouwen op behaalde successen. Hierdoor worden zorgverleners positief gemotiveerd om palliatieve zorgbehoeften tijdig op te merken.

**Kennis bevorderen** - Zorgverleners beschouwen referentieverpleegkundigen als aanspreekpunt voor vragen of onduidelijkheden met betrekking tot palliatieve zorg en verzorging in de laatste levensfase. Het is bemoedigend dat er binnen de organisatie gezocht wordt naar correcte informatie. Door interne bijscholing van de referentieverpleegkundigen kan nieuwe informatie worden verstrekt en basiskennis worden opgefrist. Het vergroten van de kennis zal ook het zelfvertrouwen van deze zorgverleners met betrekking tot VZP en palliatieve zorg versterken. Door de verrijking van hun kennis en het vergroten van hun zelfvertrouwen zullen deze zorgverleners in de praktijk meer bereidheid tonen om palliatieve zorgbehoeften aan te kaarten en te bespreken.

Er is ook behoefte aan verdere bijscholing over de knipperlichten en het herkennen van palliatieve zorgbehoeften voor alle zorgverstrekkers in het woonzorgcentrum zodat VZP en palliatieve zorg tijdig kunnen opgestart worden. Het opleggen van een verplichte bijscholing kan echter weerstand oproepen. Om dit te vermijden, kan de opleiding worden geïntegreerd in de werktijd en kunnen groepstrainingen worden georganiseerd om een gevoel van verbondenheid te creëren. Bovendien vermindert dergelijke aanpak de tijdsinvestering en de kosten voor bijscholing.

Tijdens de bijscholing moet er aandacht worden besteed aan het wegwerken van onduidelijkheden. Het is de bedoeling dat elke zorgvertrekker met een duidelijke visie terugkeert naar de afdeling en met meer zelfvertrouwen de stap kan zetten om knipperlichten aan te kaarten.

Verdere voorbereidingen die moeten worden getroffen, zijn onder andere het bespreken van de bijscholing met de directie, het plannen van data en een vaste locatie, en het bieden van inschrijfmogelijkheden.

**Communicatie bevorderen** - Een effectieve communicatie tussen zorgverleners binnen de gezondheidszorg is van essentieel belang omdat alle zorgverleners op de hoogte moeten zijn van alle zorg die zorgvragers ontvangen. Dat geldt ook voor VZP.

Het verpleegdossier is een communicatiemiddel dat door verschillende zorgverleners wordt gebruikt. Elke zorgverlener heeft een toegangscode, waardoor de zorgvragers kunnen worden opgevolgd. Binnen de organisatie worden de VZP gesprekken gevoerd door hoofdverpleegkundigen en zij voeren de verslagen van die gesprekken in in het verpleegdossier en in het papieren dossier. Het is de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en zorgkundigen om de verslagen van deze gesprekken te raadplegen om kwalitatieve en patiëntgerichte zorg te kunnen bieden aan de zorgvragers, maar daarvoor is het belangrijk dat alle zorgverleners die verslagen makkelijk kunnen vinden.

Momenteel is er geen duidelijke en zichtbare visie over de organisatie van VZP gesprekken binnen het woonzorgcentrum en er lijkt geen consensus te zijn tussen de hoofdverpleegkundigen over het VZP beleid, inclusief over de locatie van de verslagen van VZP gesprekken. De hoofdverpleegkundigen samen met de directie en andere geïnteresseerde zorgverleners dienen dus in overleg te gaan om een visie en een beleid rond VZP en palliatieve zorg te ontwikkelen en dit dient dan breed gecommuniceerd te worden naar alle medewerkers van het woonzorgcentrum.

### 5.4.3 CHECK-FASE

Tijdens de "Check-fase" wordt voornamelijk de uitvoering van de verbeterpunten geëvalueerd. Het is van groot belang om het effect van elk verbeterpunt op te volgen en te meten om vooruitgang of problemen in kaart te brengen. Daarom moet bij elke maatregel een evaluatiemiddel worden gebruikt om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de genomen maatregelen.

**Kennis bevorderen** – Na elke vorming dienen de zorgverstrekkers een test in te vullen. Hierdoor kunnen zorgverstrekkers zelf nagaan of zij de nieuwe kennis verworven hebben, en kan de organisator identificeren waar in de vorming er eventuele moeilijkheden zitten waarop verder moet ingezet worden. Op basis van deze evaluatie kunnen vervolgens bijscholingssessies georganiseerd worden die specifiek gericht zijn op de knelpunten.

**Communicatie bevorderen** – Het evalueren van communicatie is een uitdaging. Door middel van groepsbevragingen, bijvoorbeeld tijdens een dienstvergadering of overdracht, kan men onderzoeken hoe de communicatie verloopt tussen de diverse zorgverleners binnen de organisatie.

### 5.4.4 ACT-FASE

In de laatste fase, de "Act-fase", staat borging centraal, waarbij er ruimte is voor bijsturing of optimalisatie.

Het is van cruciaal belang dat de verworven kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen met betrekking tot de knipperlichten, VZP en palliatieve zorg duurzaam behouden en geïmplementeerd blijft.

Op basis van de evaluaties kunnen er ten alle tijden aanpassingen worden doorgevoerd en kan er bijgestuurd worden. Het is van essentieel belang om zorgverleners constructieve feedback te geven tijdens een verbeterproject, waarbij het doel van de feedback is om te leren en om successen te benoemen. Om te waarborgen dat de verbetermaatregel niet verloren gaat, moet deze voortdurend worden verbeterd.

Om het verbeterproject uiteindelijk te verankeren in de organisatie, is er nood aan borging. De PICT-schaal flowchart, het cure-care schema en de knipperlichtenaffiche zullen ervoor zorgen dat het herkennen van de knipperlichten en het adequaat handelen niet wordt vergeten. Het regelmatig oefenen en actualiseren van kennis door middel van trainingen en educatieve sessies zal tot een hernieuwing van de sensibilisering leiden en bijdragen aan het tijdig opstarten van VZP en palliatieve zorg.



## 5.5 CONCLUSIE

---

In het praktijkgedeelte van de bachelorproef is er nagegaan hoe het gesteld was met de visie, kennis en self-efficacy rond vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg thema's van zorgvertrekkers in een woonzorgcentrum in Vlaanderen en hoe we zorgverstrekkers kunnen aanleren om de knipperlichten die de palliatieve fase markeren te herkennen én ermee aan de slag gaan. Er werd een kwantitatief onderzoek uitgevoerd met een voor- en nabevraging om het effect van een combinatie van vorming en een educational game na te gaan op de kennis en self-efficacy te meten.

De belangrijkste bevindingen en conclusies uit het praktijkonderzoek zijn hieronder opgesomd.

- Binnen de voorziening is er geen duidelijk beleid en/of communicatie omtrent VZP en palliatieve zorg.
- Een aanzienlijk percentage van de zorgverstrekkers heeft nooit enige vorming over VZP en/of palliatieve zorg ontvangen.
- De implementatie van de e-learnings en een serious game heeft een positief effect gehad op de kennis en het zelfvertrouwen van zorgverstrekkers m.b.t. VZP.
- De implementatie van het praktijkgedeelte heeft voor een sensibilisering van de zorgvertrekkers en een attitudeverandering binnen het woonzorgcentrum gezorgd.
- Zorgverstrekkers erkennen het knipperlichtenspel als een effectieve methode om veranderende zorgbehoeften bij zorgvragers te leren herkennen.
- De aanpak werd door de helft van de respondenten als een meerwaarde gezien en de helft van hen geeft aan dat het hun gevoel van self-efficacy heeft verhoogd.
- Het praktijkonderzoek heeft duidelijke verbeterpunten geïdentificeerd die via het uitgewerkt PDCA traject kunnen aangepakt worden.

Er kan dus besloten worden dat de interventies van deze bachelorproef succesvol waren, maar elk onderzoek leidt tot nieuwe vragen en opent deuren naar nieuw te exploreren paden. Om de bevindingen van dit onderzoek te versterken zou bijkomende informatie moeten gewonnen worden: hoeveel tijd hebben de zorgverstrekkers genomen om de e-learnings te bekijken, op welke manier hebben de respondenten de vragen beantwoord, waarom verkiezen ze een traditionele vorming boven een serious game, waarom vinden ze dat de game geen effect heeft gehad op hun zelfvertrouwen, hoe kunnen we daar verandering in brengen, ... ? Het zou ook interessant zijn om samen met de zorgverstrekkers op zoek te gaan naar aanvullende knipperlichten om zo de kans op tijdige palliatieve zorg nog te verhogen. Tenslotte zou ook onderzocht kunnen worden hoe zorgkundigen een belangrijkere rol zouden kunnen spelen bij het signaleren van knipperlichten en bij het gehele VZP proces.

Er is nog een lange weg te gaan voor de integratie van VZP en palliatieve zorg in woonzorgcentra een feit is. Maar deze bachelorproef heeft aangetoond dat woonzorgcentra open staan om hieraan te werken. De aanpak van korte vormingsmomenten gecombineerd met een actieve werkvorm zoals een educational game, heeft zelfs in de beperkte tijdspanne van de bachelorproef, een positief effect gehad op de kennis en self-efficacy van de betrokken zorgverstrekkers en heeft tot een belangrijke sensibilisering binnen de organisatie geleid. We kijken dan ook positief naar de toekomst en zijn er van overtuigd dat de knipperlichten vlot hun weg kunnen vinden naar de dagelijkse werking binnen woonzorgcentra waardoor meer zorgvragers met palliatieve zorgnoden de zorg zullen krijgen waar ze recht op hebben.

## 6 LITERATUURLIJST

- Abdulmajed, H., Park, Y. S. & Tekian, A. (2015). Assessment of educational games for health professions: A systematic review of trends and outcomes. *Medical Teacher*, 37, 27–32.  
<https://doi.org/10.3109/0142159x.2015.1006609>
- Albers, G., Piers, R., De Lepeleire, J., Steyaert, J., Van Mechelen, W., Steeman, E., Dillen, L., Vanden Berghe, P. & Van den Block, L. (2016). *Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie* [pdf]. Pallialine. [https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn\\_VZP\\_bij\\_dementie.pdf](https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_VZP_bij_dementie.pdf)
- Az Damiaan (2022). *Palliatieve en terminale zorg*.  
<https://azdamiaan.be/nl/patienten/zorgvisies/palliatieve-en-terminale-zorg>
- Batchelor F., Hwang K., Haralambous B., Fearn M., Mackell P., Nolte L., Detering K. (2019). Facilitators and barriers to advance care planning implementation in Australian aged care settings: a systematic review and thematic analysis. *Australasian journal on ageing*, 38(3), 173–181.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873713/>
- Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Schols, J. M., Zwakhalen, S. M., Pieters, S. & Meijers, J. M. (2019). Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 143–152.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.011>
- Brull S., Finlayson S., Kostelec T., MacDonald R., Krenzischeck, D. (2017). Using gamification to improve productivity and increase knowledge retention during orientation. *The Journal of Nursing Administration*, 47, 448–453.  
[https://journals.lww.com/ionajournal/Abstract/2017/09000/Using\\_Gamification\\_to\\_Improve\\_Productivity\\_and.8.aspx](https://journals.lww.com/ionajournal/Abstract/2017/09000/Using_Gamification_to_Improve_Productivity_and.8.aspx)
- Christodoulou-Fella M., Middleton N., Papatthanassoglou E.D.E., Karanikola M. N. K.(2017). Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *Biomed Research International*. doi: 10.1155/2017/1908712.
- Cohen, J. & Chambaere, K. (2021). *Onderzoeksresultaten 2021*. End-of-life care research group.  
[https://mcusercontent.com/960df92eaabac48b8628cdce0/files/ba2d33dd-6e8d-2c39-69d3-d1339512b380/20211101\\_Beleidsnota\\_Palliatieve\\_zorg.pdf](https://mcusercontent.com/960df92eaabac48b8628cdce0/files/ba2d33dd-6e8d-2c39-69d3-d1339512b380/20211101_Beleidsnota_Palliatieve_zorg.pdf)
- Coupez, V. (2022) E-learning: Keuzemodule - Palliatieve zorg en VZP. West-Vlaanderen, België.
- De Schreye R, Houttekier D, Deliens L, Cohen J. (2017). Developing indicators of appropriate and inappropriate end-of-life care in people with Alzheimer's disease, cancer or chronic obstructive pulmonary disease for population-level administrative databases: A RAND/UCLA appropriateness study. *Palliative Medicine*. doi: 10.1177/0269216317705099.
- De Vleminck, A. (n.d.). *Ziektetrajecten* [Video]. De universiteit van Vlaanderen.

ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo. (2020). *Knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg*. [pdf] <https://www.dementie.be/paradox/wp-content/uploads/sites/7/2020/09/4-Knipperlichten-voor-de-opstart-van-palliatieve-zorg-Brochure-voor-professionele-medewerkers-1.pdf>

Eos-redactie. (2017, 12 april). Trends in euthanasie. EOS Wetenschap. <https://www.eoswetenschap.eu/gezondheid/trends-euthanasie>

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (n.d.). *Prevalentie*. <https://www.dementie.be/home/wat-is-dementie/prevalentie/>

Federale overheidsdienst. (2022). *FCEE Verslag euthanasie 2022*. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-verslag-euthanasie-2022>

Gallegos, C., Tesar, A. J., Connor, K. & Martz, K. (2017). The use of a game-based learning platform to engage nursing students: A descriptive, qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 27, 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.019>

Garrison E., Colin S., Lemberger O., Lugod M. (2021). Interactive Learning for Nurses Through Gamification. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51, 95-100. DOI:10.1097/NNA.0000000000000976

Gilissen, J., Wendrich-van Daele, A., Pivodic, L., Cools, W., Vander Stichele, R., Van den Block, L., Deliëns, L. & Gastmans, C. (2020). Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: Een overzichtsstudie. *Palliative Medicine*, 917–924. <https://doi.org/10.1177/0269216320916158>

Gilissen, J., Van den Block, L., Pivodic, L., & Deliëns, L. (2021). Het ACP+ Project: Implementatie van het ACP+ programma ter ondersteuning van implementatie van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. *Geron: tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, 21. [https://cris.vub.be/ws/portalfiles/portal/75902126/Gilissen\\_2021\\_GERON\\_Implementatie\\_van\\_vroegtijdige\\_zorgplanning\\_in\\_woonzorgcentra.pdf](https://cris.vub.be/ws/portalfiles/portal/75902126/Gilissen_2021_GERON_Implementatie_van_vroegtijdige_zorgplanning_in_woonzorgcentra.pdf)

Hemmen, R., Pereira, C., Raijmakers, N., van den Broek, M., Koekoek, B., de Winter, H.-J., Smilde, T., Teunissen, S., Vorderman, G., Wijnen, M. & Dohmen, P. (2022, februari 2). Webinar - De kansen en uitdagingen van transmurale palliatieve zorg [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ICDzFKPUwx8>

Hunt M., Chénier A., Bezanson K., Nouvet E., Bernard C., de Laat S., Krishnaraj G., Schwartz L. (2018). Moral experiences of humanitarian health professionals caring for patients who are dying or likely to die in a humanitarian crisis. *Journal of interantional humanitarian action*, 3, 12. <https://doi.org/10.1186/s41018-018-0040-9>

Jeong H. (2017). Effects of nursing students' practices using smartphone videos on fundamental nursing skills, self-efficacy, and learning satisfaction in South Korea. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 13, 2351–2365. <https://doi.org/10.12973/eurasia.2017.01229a>

Jo Vandeurzen. (2018). Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Vlaams Parlement. <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1428086>

LEIF (2002). *Wet betreffende de rechten van de patiënt*. <https://leif.be/vragen-antwoorden/wet-betreffende-de-rechten-van-de-patient-2002/>

LEIF. (2023). *Vertegenwoordiger*. <https://leif.be/vragen-antwoorden/verwar-de-volgende-3-begrippen-niet-vertrouwenspersoon-vertegenwoordiger-getuigen-wilsverklarin/>

LEIF (n.d.). *Voorafgaande zorgplanning*. <https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/voorafgaande-zorgplanning/>

Maetens A., Beernaert K., De Schreye R., Faes K., Annemans L., Pardon K., Deliëns L., Cohen J. (2019). De impact van het gebruik van palliatieve thuiszorgondersteuning op de kwaliteit en de kosten van levenseindezorg: een gematchte cohortstudie op populatieniveau. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 75(17), 1001-1011. doi: 10.2143/TVG.75.17.2002906

Masoudi Alavi N. (2014) Self-efficacy in nursing students. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(4). doi: 10.17795/nmsjournal25881

Miranda, R., Smets, T., De Schreye, R., Faes, K., Van Den Noortgale, N., Cohen, J., & Van Den Block, L. (2021). Improved quality of care and reduced healthcare costs at the end-of-life among older people with dementia who received palliative home care: A nationwide propensity score-matched decedent cohort study. *Palliative Medicine*, 35. <https://doi.org/10.1177/02692163211019321>

Neyt M., Devos C., Thiry N., Silversmit G., De Gendt C., Van Damme N., Castanares-Zapatero D., Fairon N., Hulstaert F., Verleye L. (2021). *Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017)*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_343\\_Innovative\\_oncology\\_drugs\\_in\\_Belgium\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_343_Innovative_oncology_drugs_in_Belgium_Report_0.pdf)

Nilsen P., Wallerstedt B., Behm L., Ahlström G. (2018). Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation Science*, 13(1), 1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29301543/>

Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021, december 9). *Webinar scan in woonzorgcentra*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=1PWwD6cjPAg&feature=youtu.be>

Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021b). *Euthanasie*. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/patient-mantelzorger/wat-kan-ik-zelf-bepalen/levenseindebeslissingen/euthanasie/>

Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021c). *Palliatieve zorg in cijfers*. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/>

Palliatieve Zorg Vlaanderen. (n.d.). *Palliative Care Indicator Tool (PICT)*. <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/pict/>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. (2002). Palliative care: The world health organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 91-96.

[https://www.ipsmjournal.com/article/S0885-3924\(02\)00440-2/pdf](https://www.ipsmjournal.com/article/S0885-3924(02)00440-2/pdf)

Shorey S, Lopez V. (2021). Self-Efficacy in a Nursing Context. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, 145-158. DOI:10.1007/978-3-030-63135-2\_12

Statistiek Vlaanderen (2022). *Zorg en ondersteuning voor ouderen*.

<https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/zorg-en-ondersteuning-voor-ouderen>

Stulens, (2014). Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum: een analyse [Masterproef]. KU Leuven. <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/300688>

Sudore R.L., Heyland D.K., Lum H.D., Rietjens J. A., Korfage I. J., Ritchie C. S., Hanson L.C., Meier D. E., Pantilat S.Z., Lorenz K., Howard M., Green M. J., Simon J. E., Feuz M.A., You J. J. (2018). Outcomes that define successful advance care planning: a Delphi panel consensus. *Journal of pain and symptom Management*, 55(2),245–255. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28865870/>

ten Koppel M., Onwuteaka-Philipsen B.D., van der Steen J.T., Kylänen M., Van den Block L., Smets T., Deliens L., Gambassi G., Collingridge Moore D., Szczerbinska K., Pasma H. R. W. (2019). Care staff's self-efficacy regarding end-of-life communication in the long-term care setting: results of the PACE cross-sectional study in six European countries. *International journal of nursing studies*, 92, 135–143. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919300227>

Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J. (2015) *Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning* [pdf]. Pallialine. [https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn\\_vroegtijdige\\_zorgplanning.pdf](https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/07/richtlijn_vroegtijdige_zorgplanning.pdf)

Vlaamse Codex. (2019). Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031639¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=1372786,1372787,1372788,1372843,1372836,1372822,1372824,1372831,1372835,1372844,1372845,1372864>

Vlaanderen (2023). *Negatieve wilsverklaring*. <https://www.vlaanderen.be/negatieve-wilsverklaring>

Vlaanderen (2023b). *Orgaandonatie na overlijden*. <https://www.vlaanderen.be/orgaandonatie-na-overlijden>

Vlaanderen (2023c). *Lichaam aan de wetenschap schenken*. <https://www.vlaanderen.be/lichaam-aan-de-wetenschap-schenken>

Vlaanderen (n.d.). *Attest van wijze van teraardebestelling en/of rituelen*.

<https://www.vlaanderen.be/attest-van-wijze-van-teraardebesteding-en-of-rituelen>

Weinstein M.C., Skinner J.A. (2010). Comparative effectiveness and health care spending — Implications for reform. *The new england journal of medicine*, 460-455.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0911104>

Staatsblad. (2016, juli 21). *Wet tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg*. C – 2016/24163.

[https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/06/5.-wet-verruiming-definitie-PZ\\_21072016.pdf](https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2021/06/5.-wet-verruiming-definitie-PZ_21072016.pdf)

Woolwine S., Romp C. R., Jackson, B. (2019). Game On: Evaluating the Impact of Gamification in Nursing Orientation on Motivation and Knowledge Retention. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35, 255-260. DOI: 10.1097/NND.0000000000000570

Zhou Y., Li Q., Zhang W. (2020). Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. *Nursing Open*, 8, 343-353. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.635>

### BIJLAGE A: VRAGENLIJST VOORAF

#### VZP vragenlijst voor zorgverstrekkers in woonzorgcentra (Verpleegkundigen en zorgkundigen)

Deze vragenlijst bevat vragen over vroegtijdige zorgplanning (VZP) in het woonzorgcentra. Vroegtijdige zorgplanning (VZP), wordt ook wel advance care planning (ACP), voorafgaande- of vooruitziende zorgplanning genoemd.

Advance care planning stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met familie en zorgverleners. Advance care planning gaat in op de zorgen van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Advance care planning moedigt mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren vast te leggen, en deze indien nodig te herzien. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat diegene zelf niet in staat is om beslissingen te nemen (Rietjens et al., 2018, p.4).

Deze vragenlijststudie kadert in een onderzoek van een bachelorproef. De bachelorproef heeft als onderzoeksvraag: 'Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in het woonzorgcentrum. Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?'.

#### Instructies bij het invullen van de vragenlijst:

- De meeste vragen kunt u beantwoorden door één van de vakjes aan te vinken: Indien u meer dan één antwoord aan kunt duiden, staat dit bij de vraag vermeld.
- Het is belangrijk voor het onderzoek dat u alle vragen in de vragenlijst beantwoordt.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld zijn vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt.
- Wanneer u klaar bent, kunt u de vragenlijst in de daarvoor voorziene houten VZP+ box deponeren. Vraag eventueel aan de dagelijks verantwoordelijke waar deze box zich bevindt.

Eigen ervaring met vroegtijdige zorgplanning

1) Heeft u in de voorbije 6 maanden.	Ja	Nee
a) Een VZP gesprek opgestart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) De uitkomsten van een VZP gesprek in het elektronisch verpleegdossier van een zorgvrager gedocumenteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Een wilsverklaring opgemaakt met een zorgvrager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ingeschat of iemand in staat was om een wilsverklaring op te maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zorg verleend aan persoon met een wilsverklaring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Een behandeling waargenomen die niet in overeenstemming was met de wensen van de zorgvrager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Een VZP gesprek gehad met een zorgvrager met dementie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Een VZP gesprek gehad met familie van een zorgvrager met dementie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Met hoeveel zorgvragers heeft u de voorbije 6 maanden een VZP gesprek gehad?	<input type="checkbox"/> (Vul aantal in)
3) Met hoeveel familieleden van zorgvragers heeft u de voorbije 6 maanden een VZP gesprek gehad?	<input type="checkbox"/> (Vul aantal in)
4) Wie start meestal een VZP gesprek in uw organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Zorgvrager <input type="checkbox"/> Familie of naaste <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Zorgkundige <input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Andere zorgverlener, namelijk: ..... <input type="checkbox"/> Weet ik niet
5) Wanneer wordt meestal een VZP gesprek opgestart in uw organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Bij de opname in het woonzorgcentrum <input type="checkbox"/> Na een ziekenhuisopname <input type="checkbox"/> Bij een ernstige diagnose <input type="checkbox"/> Op vraag van de zorgvrager <input type="checkbox"/> Op vraag van de familie <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ..... <input type="checkbox"/> Weet ik niet



<p><b>6) Wie is er meestal aanwezig bij een VZP gesprek in uw organisatie?</b> (meerdere antwoorden mogelijk)</p>	<p><input type="checkbox"/> Zorgvrager</p> <p><input type="checkbox"/> Familie of naaste</p> <p><input type="checkbox"/> Verpleegkundige</p> <p><input type="checkbox"/> Zorgkundige</p> <p><input type="checkbox"/> Huisarts</p> <p><input type="checkbox"/> Andere zorgverlener, namelijk:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet</p>
<p><b>7) Worden VZP gesprekken meestal gedocumenteerd in uw organisatie?</b> (meerdere antwoorden zijn mogelijk)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee, niet gedocumenteerd</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, in het elektronisch dossier</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, in het papieren dossier</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, via een schriftelijke wilsverklaring</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, anders namelijk:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet</p>
<p><b>8) Voor één zorgvrager, hoeveel VZP gesprekken (met zorgvrager en/of familie) worden er gemiddeld genomen gehouden? (vul het gemiddelde aantal in; bijv. 0, 1, 2, 3,...)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> (gemiddeld aantal gesprekken)</p>
<p><b>9) Heeft uw organisatie een beleid rond VZP?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, schriftelijk beleid</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, mondeling maar geen schriftelijk beleid</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet</p>

Eigen ideeën over vroegtijdige zorgplanning

<b>10) Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met volgende uitspraken.</b>	Helemaal oneens	Eerder oneens	Noch eens, noch oneens	Eerder eens	Helemaal eens
a) In de meeste gevallen weten zorgvragers niet genoeg over gezondheidszorg om een wilsverklaring op te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Huisartsen moeten actief betrokken zijn bij het helpen van zorgvragers om een wilsverklaring op te stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Huisartsen zijn meestal op de hoogte van de wensen van hun zorgvragers m.b.t. levenseindezorg, zonder een schriftelijke wilsverklaring of andere schriftelijke neerslag van VZP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) De informatie in een wilsverklaring is meestal voldoende om de behandeling te sturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Familieleden zijn meestal op de hoogte van de wensen van een zorgvrager m.b.t. levenseindezorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Het is emotioneel belastend om zorgvragers te helpen met het invullen van een wilsverklaring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Een gesprek over VZP zou met iedere zorgvrager gevoerd moeten worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) VZP kan de besluitvorming voor familieleden rond het levenseinde vergemakkelijken voor zorgvragers met dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Zorgvragers met dementie kunnen de hoop verliezen na een VZP gesprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Voor de meeste zorgvragers met beginnende dementie is het nuttig om informatie over hun ziekteverloop en de mogelijke opties voor toekomstige zorg en behandeling te krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Een zorgvrager met dementie moet betrokken zijn in een VZP gesprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Gedurende een VZP gesprek met een zorgvrager met dementie moet er een familielid aanwezig zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het vertrouwen in eigen kunnen omtrent vroegtijdige zorgplanning

11) Geef aan hoeveel vertrouwen u heeft in uw eigen kunnen bij de volgende activiteiten/rollen. (Omcirkel wat voor u van toepassing is)	1= Zeer weinig Zeer veel	10=	Niet van toepassing
a) Het opstarten van gesprekken over VZP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
b) Het bespreken van de aandoening en behandelopties met een zorgvrager in het kader van VZP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
c) Het bespreken van VZP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
d) De rol van vertegenwoordiger uitleggen aan zorgvragers en familie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
e) Het beantwoorden van vragen van een zorgvrager over wilsverklaringen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
f) Het beantwoorden van vragen van de familie over wilsverklaringen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
g) Het tegemoet komen aan de neergeschreven wensen van een zorgvrager	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
h) Het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
i) Het bespreken van wensen over toekomstige zorg met familieleden	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
j) Het bespreken van algemene zaken omtrent sterven en de dood	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
k) Het voeren van een gesprek over VZP met zorgvragers met dementie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>
l) Het voeren van een gesprek over VZP met familie van zorgvragers met dementie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="checkbox"/>

De kenmerken van vroegtijdige zorgplanning

12) Geef aan of de volgende uitspraken juist of niet juist zijn	Juist	Fout	Ik ben niet zeker
a) Een wilsverklaring stelt een zorgvrager in staat zijn wil m.b.t. gezondheidszorg te communiceren voor het geval deze zijn/haar wilsbekwaamheid verliest in de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Een vertegenwoordiger heeft de bevoegdheid om beslissingen te nemen m.b.t. de gezondheidszorg voor een zorgvrager wanneer deze dat zelf niet kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Een zorgvrager kan alleen een familielid aanduiden als zijn vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Een naaste kan behandelingen weigeren in de plaats van een wilsonbekwame zorgvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Een arts is verplicht om alle ingrijpende behandelingen uit te voeren als een zorgvrager of familielid daarom vraagt, onafhankelijk van de mogelijke voor- of nadelen van die behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Een zorgvrager met dementie mag zijn/haar wilsverklaring wijzigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Elk familielid van een zorgvrager met dementie mag de wilsverklaring van deze persoon wijzigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Als een wilsonbekwame zorgvrager (bijv. iemand met ernstige dementie) zelf geen vertegenwoordiger heeft aangeduid, is het bij wet vastgelegd wie in zijn/haar plaats beslissingen kan nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Volgens de euthanasiewet mag een arts euthanasie toepassen bij een persoon die zich in een onomkeerbare comateuze toestand bevindt, indien die persoon voorafgaand een schriftelijke wilsverklaring met euthanasieverzoek heeft opgemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Zorgvragers die wilsbekwaam en niet-terminaal ziek zijn, hebben het recht om behandelingen te weigeren, zelfs indien deze beslissing tot de dood kan leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Er bestaan knipperlichten die de palliatieve zorgnoden signaleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Wat is uw leeftijd? (Jaar)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (jaar)
<b>Wat is uw geslacht</b>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<b>Wat is de datum van vandaag?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Hoeveel jaren ervaring heeft u in de directe patiëntenzorg? (aantal jaren)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Jaren)
<b>Aantal jaren tewerkgesteld in de sector van organisatie? (aantal jaren)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Jaren)
<b>Wat is uw huidige functie?</b>	<input type="checkbox"/> Zorgkundige <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Hoofdverpleegkundige
<b>Heeft u ooit enige vorming in de palliatieve zorg</b> gekregen? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, als deel van mijn opleiding <input type="checkbox"/> Ja, in nascholingscursus(en) of aanvullend onderwijs na mijn opleiding <input type="checkbox"/> Ja, een andere vorming, namelijk: .....
<b>Heeft u ooit enige vorming in vroegtijdige zorgplanning gekregen?</b>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: .....

**Contactgegevens onderzoeker**

Geldof Vienna

Vienna.geldof@student.howest.be

0478/35 25 54

**Vragenlijst gebaseerd op de 'VZP+ vragenlijst voor zorgpersoneel' opgemaakt door Gilissen Joni.**

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst, op deze manier brachten jullie een steentje bij aan de bachelorproef omtrent de knipperlichten die de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in het woonzorgcentrum signaleren.**

Ik, ondergetekende, .....verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek,

- (1) de uitleg over de aard van de vragen en de taken die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden, heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen;
- (2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek;
- (3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren;
- (4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;
- (5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier negatieve gevolgen heeft voor mij;
- (6) weet dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn;
- (7) geef toestemming dat mijn data gebruikt wordt voor verder analyse door andere onderzoekers na volledige **anonimisering**.

Gelezen en goedgekeurd op .....(datum),

Handtekening van de participant:

## BIJLAGE B: VRAGENLIJST NA HET KNIPPERLICHTEN SPEL

---

### VZP vragenlijst voor zorgpersoneel in woonzorgcentra (Verpleegkundigen en zorgkundigen)

Deze vragenlijst bevat vragen over vroegtijdige zorgplanning (VZP) in het woonzorgcentrum. Vroegtijdige zorgplanning (VZP), wordt ook wel advance care planning (ACP), voorafgaande- of vooruitziende zorgplanning genoemd. Deze vragenlijst is het vervolg op een eerdere vragenlijst.

Vroegtijdige zorgplanning stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met familie en zorgverleners. Vroegtijdige zorgplanning gaat in op de zorgen van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Vroegtijdige zorgplanning moedigt mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren vast te leggen, en deze indien nodig te herzien. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat diegene zelf niet in staat is om beslissingen te nemen (Rietjens et al., 2018, p.4).

Deze vragenlijststudie kadert in een onderzoek van een bachelorproef. De bachelorproef heeft als onderzoeksvraag: 'Knipperlichten signaleren de nood aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg in het woonzorgcentrum. Hoe kunnen we zorgverstrekkers aanleren om ze te herkennen én ermee aan de slag te gaan?'

#### Instructies bij het invullen van de vragenlijst:

- De meeste vragen kunt u beantwoorden door één van de vakjes aan te vinken: Indien u meer dan één antwoord aan kunt duiden, staat dit bij de vraag vermeld.
- Het is belangrijk voor het onderzoek dat u alle vragen in de vragenlijst beantwoordt.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld zijn vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt.
- Wanneer u klaar bent, kunt u de vragenlijst afgeven aan Vienna Geldof (verantwoordelijke van het onderzoek).



Het vertrouwen in eigen kunnen omtrent vroegtijdige zorgplanning na de educational game											
1) Geef aan hoeveel vertrouwen u heeft in uw eigen kunnen na de educational game bij de volgende activiteiten/rollen. (Omcirkel wat voor u van toepassing is)	1= Zeer weinig <span style="float: right;">10= Zeer veel</span>										Niet van toepassing
a) Het opstarten van gesprekken over VZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
b) Het bespreken van de aandoening en behandelopties met een zorgvrager in het kader van VZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
c) Het bespreken van VZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
d) De rol van vertegenwoordiger uitleggen aan zorgvragers en familie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
e) Het beantwoorden van vragen van een zorgvrager over wilsverklaringen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
f) Het beantwoorden van vragen van de familie over wilsverklaringen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
g) Het tegemoetkomen aan de neergeschreven wensen van een zorgvrager	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
h) Het kennen van de wetgeving m.b.t. wilsverklaringen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
i) Het bespreken van wensen over toekomstige zorg met familieleden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
j) Het bespreken van algemene zaken omtrent sterven en de dood	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
k) Het voeren van een gesprek over VZP met zorgvragers met dementie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
l) Het voeren van een gesprek over VZP met familie van zorgvragers met dementie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
m) Het bespreken van knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg met een zorgvrager	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
n) Het toelichten van knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg aan de familieleden van een zorgvrager	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
o) Het herkennen van palliatieve zorgnoden bij een zorgvrager	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
p) Het bespreken van levenseindevragen met een zorgvrager	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>

## De kenmerken van vroegtijdige zorgplanning

2) Geef aan of de volgende uitspraken juist of niet juist zijn	Juist	Fout	Ik ben niet zeker
a) Een wilsverklaring stelt een zorgvrager in staat zijn wil m.b.t. gezondheidszorg te communiceren voor het geval deze zijn/haar wilsbekwaamheid verliest in de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Een vertegenwoordiger heeft de bevoegdheid om beslissingen te nemen m.b.t. de gezondheidszorg voor een zorgvrager wanneer deze dat zelf niet kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Een zorgvrager kan alleen een familielid aanduiden als zijn vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Een naaste kan behandelingen weigeren in de plaats van een wilsonbekwame zorgvrager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Een arts is verplicht om alle ingrijpende behandelingen uit te voeren als een zorgvrager of familielid daarom vraagt, onafhankelijk van de mogelijke voor- of nadelen van die behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Volgens de wet patiëntenrechten is zowel een positieve als een negatieve wilsverklaring bindend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Een zorgvrager met dementie mag zijn/haar wilsverklaring wijzigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Elk familielid van een zorgvrager met dementie mag de wilsverklaring van deze persoon wijzigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Als een wilsonbekwame zorgvrager (bijv. iemand met ernstige dementie) zelf geen vertegenwoordiger heeft aangeduid, is het bij wet vastgelegd wie in zijn/haar plaats beslissingen kan nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Volgens de euthanasiewet mag een arts euthanasie toepassen bij een persoon die zich in een onomkeerbare comateuze toestand bevindt, indien die persoon voorafgaand een schriftelijke wilsverklaring met euthanasieverzoek heeft opgemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Zorgvragers die wilsbekwaam en niet-terminaal ziek zijn, hebben het recht om behandelingen te weigeren, zelfs indien deze beslissing tot de dood kan leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Eigen ervaringen omtrent de educational game

<b>3) Geef aan of u al dan niet akkoord bent met de volgende uitspraken.</b>	Akkoord	Niet akkoord	Geen mening
a) Ik wist niet dat er knipperlichten bestonden die veranderende zorgnoden bij zorgvragers aangeven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ik vind "het knipperlichten spel" een goede manier om knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg te leren herkennen bij zorgvragers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ik zal vanaf heden, tijdens een patiënten overdracht, zelf knipperlichten signaleren en aankaarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ik verkies een interactieve educational game in groep uit te voeren i.p.v. één op één.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ik verkies een interactieve educational game boven een algemene informatieve vorming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ik raad een educational game aan als vormingsmethode om andere zorgthema's aan bod te laten komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mijn zelfvertrouwen omtrent VZP is vergroot na het spelen van "het knipperlichten spel".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mijn zelfvertrouwen omtrent VZP is vergroot na het bekijken van de aangeboden e-learnings.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Persoonlijke gegevens

Wat is uw leeftijd? (Jaar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (jaar)
Wat is uw geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Wat is de datum van vandaag?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hoeveel jaren ervaring heeft u in de directe patiëntenzorg? (aantal jaren)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Jaren)
Aantal jaren tewerkgesteld in de sector van de organisatie? (aantal jaren)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Jaren)
Wat is uw huidige functie?	<input type="checkbox"/> Zorgkundige <input type="checkbox"/> Verpleegkundige <input type="checkbox"/> Hoofdverpleegkundige

**IDENTIFICATIESCHAAL VAN DE PALLIATIEVE PATIENT**

**Zou u verrast zijn mocht uw patient in de komende 6 tot 12 maanden overlijden?**

Ja
  Neen

Beantwoord uw patient aan  $\geq 2$  "Frailty" indicatoren?

Neen
  Ja

Vertoont uw patient  $\geq 1$  criterium van ongeneeslijkheid bij een potentieel letale aandoening?

Neen
  Ja

Uw patient komt niet in aanmerking voor palliatieve zorg.

Uw patient komt in aanmerking voor palliatieve zorg.

**1. Oncologische of hematologische aandoening**

Functionele achteruitgang wegens evolutie van de tumor of een medische of chirurgische complicatie

Wegering of contra-indicatie om kankebehandeling voort te zetten, of voortzetting van de behandeling enkel met het oog op symptomcontrole

Myelodysplastisch syndroom met hoog risico op leukemie en contra-indicatie voor beenmergtransplantatie, of myelodysplastisch syndroom verergerd door ernstige en aanhoudende neutropenie of trombocytopenie

**2. Hartaandoening of perifere arteriële aandoening**

Hartfalen NYHA IV of vergroterde en onbehandelbare aandoening van de kraanvlagaders, waarbij ook in rusttoestand symptomen optreden die bij de minste inspanning verergeren

Ernstige en niet-operabele perifere arteriële aandoening

**3. Respiratoire aandoening**

Ernstige chronische respiratoire aandoening met dyspnoe in rust of bij de minste inspanning tussen twee exacte rakes

Nood aan langetermijn zuurstoftherapie, of (invasieve of niet-invasieve) beademing, of contra-indicatie voor die behandelingen

**4. Nieraandoening**

Chronisch nierfalen in stadium 4 of 5 (of CrCl<sub>2</sub> < 30 ml/min), al dan niet behandeld via dialyse en gepaard gaand met een achteruitgang van de gezondheidsstatus

Contra-indicatie voor, stopzetting of wegering van dialyse

Acute nierinsufficiëntie die voor complicaties zorgt van een ongeneeslijke ziekte of van een behandeling van een patient met een beperkte levensverwachting

**5. Gastro-intestinale of leveraandoening**

Ernstige of gedecompenseerde levercirrose waarbij de medische behandeling niet aanslaat en er contra-indicatie is voor een levertransplantatie

Bloeding, intestinale darmsluiting of perforatie van het spijsverteringskanaal van niet-occlusieve oorsprong en falen van of contra-indicatie voor medische en/of chirurgische behandeling

**6. Neurologische aandoening**

Onomkeerbare en ernstige achteruitgang van de functionele en/of cognitieve toestand en/of bewuszijnsstatus, ondanks een optimale behandeling

Progressieve spraakproblemen waardoor de patient moeilijk verstaanbaar is, of onomkeerbare slijtstoornissen die verantwoordelijk zijn voor reëctiverende pneumonien

**7. Frailty syndroom**

Onvermogen om zich te verplaatsen, zich te kleden, zich te wassen en te eten zonder hulp van een derde.

**vergeerd van  $\geq 1$  van 6 volgende criteria:**

Urine- of fecale incontinentie

Aanhoudende wegering van voedsel en/of zorg

Definitief verlies van eelust, of gewichtsverlies  $\geq 10\%$  op 1 maand tijd, of een BMI < 18, of albuminegehalte < 30 gr/liter

Onvermogen om te spreken, te communiceren en naasten te herkennen

Voorgeschiedenis van herhaald vallen of één ernstige val

Onomkeerbare slijtstoornissen en reëctiverende aspiratiepneumonie

**8. Infectieuze aandoening**

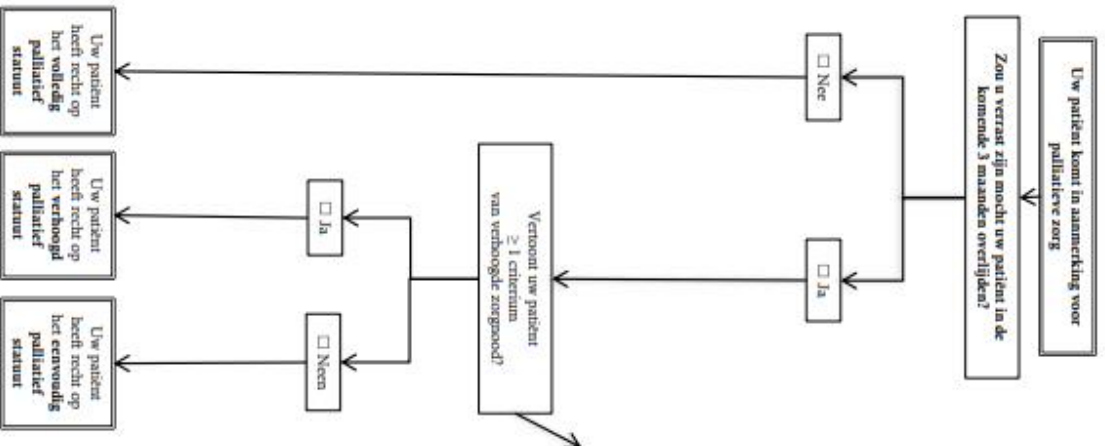
Infectie die niet reageert op de behandelingen

**9. Andere ongeneeslijke en evolutieve aandoening zonder mogelijkheid tot herstel of stabilisering**

Definieer, samen met uw patient en in interdisciplinair overleg, een zorgplan en een vroegrijdige zorgplanning

Bepaal het palliatief statuut aan de hand van de schaal van de ernst van de zorgdoelen

Versie FPZV, mei 2017. Meer informatie: [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)



Versie FPZV, mei 2017. Meer informatie: [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be)

**SPECIFIEKE KLINISCHE EVOLUTIE**

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

**FYSIEKE EN THERAPEUTISCHE NODEN**

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

**BIJZONDERE - BEHANDELINGEN**

- Kunstmatige enterale of parenterale voeding
- Tracheobronchiale aspiratie meermaals per dag
- Complexe wond-, drain- of stoma-zorg
- Bloedtransfusie  $\geq 2$  keer per week
- Continue subcutane of intraveneuze toegangsweg noodzakelijk
- Peritoneale of intrathecale katheter
- Pleura- of ascitespunctie  $\geq 2$  keer per week
- Continue blaasspooeling
- Continue zuurstoftherapie
- Breadmenging (invasief of niet-invasief)
- Risicovolle dialyse (leeftijd  $\geq 80$  jaar, of cardiovasculaire comorbiditeit, of functionele en/of cognitieve achteruitgang, of ondervoeding)
- of dialyse waarvan de duur en het tempo van de sessies beperkt worden wegens een slechte tolerantie of wegens een achteruitgang van de gezondheidsstoestand

**PSYCHOLOGISCHE EN SOCIALE NODEN**

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



## BIJLAGE E: EVIDENTIETABEL

Bron	Niveau van evidentie Mate van geloofwaardigheid	Sterktes	Zwaktes
Abdulmajed et al. (2015)	A1	- Academisch taalgebruik.	- Veel verouderde bronnen in literatuurlijst. - De bron is verouderd (>7 jaar).
Albers et al. (2016)	A1	- Gerenommeerde auteurs. - Veel bronnen gebruikt (115). - Gebaseerd op bronnen niveau A1 en A2.	- Bevat onvoldoende literatuur omtrent specifieke aandachtspunten voor jongdementie.
Az Damiaan (2022)	C	- Doorverwijzend naar erkende evidence-based websites.	- Geen academisch taalgebruik. - Auteur onbekend. - Geen bronvermelding.
Batchelor et al. (2019)	A1	- Gerenommeerde auteurs. - Veel bronnen gebruikt (45).	- Aantal verouderde bronnen in literatuurlijst.
Bolt et al. (2019)	A2	- Veel bronnen gebruikt (61). - Academisch taalgebruik. - Gerenommeerde auteurs.	- Aantal verouderde bronnen in literatuurlijst.
Brull et al. (2017)	A2	- Gerenommeerde auteurs.	- Weinig bronnen gebruikt (17). - Verouderde bronnen gebruikt.
Christodoulou-Fella M et al. (2017)	C	- Veel bronnen gebruikt (92).	- Moeilijk transfereerbaar naar gehele populatie.
Cohen & Chambaere (2021)	B	- Gerenommeerde auteurs.	- Slechts 8 bronnen in referenties maar van gerenommeerde auteurs en recente bronnen.
Coupez (2022)	C	- Maakt gebruik van recente bronnen van gerenommeerde auteurs.	- Het is een cursus onderdeel van de opleiding Bachelorverpleegkunde, aan Howest te Brugge.
De Schreye et al. (2017)	A1	- Gerenommeerde auteurs.	Geen



		- Veel bronnen gebruikt (51)	
De Vleminck (n.d.)	C	- Gerenommeerde auteur. - Gebaseerd op wetenschappelijke gegevens.	- Geen datum van uitgave vindbaar.
ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo (2020)	C	- Gerenommeerde auteurs. - Gericht op zorgprofessionals.	- Geen academisch taalgebruik.
Eos-redactie (2017)	D	- Bevat duidelijke cijfers.	- Auteur onbekend. - Bevat bevindingen van onderzoekers.
Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (n.d.)	C	- Erkende informatieve website.	- Auteur onbekend. - Geen academisch taalgebruik. - Datum van publicatie onbekend.
Federale overheidsdienst (2022)	C	- Recente bron. - Website wordt regelmatig geupdate.	- Auteur op de website onbekend.
Gallegos et al. (2017)	+	- Academisch taalgebruik. - Triangulatie toegepast. - Voldoende bronnen gebruikt (30).	- Deelnemers kunnen zich verplicht hebben gevoeld tot deelname aan het onderzoek. Dit kan de resultaten hebben beïnvloed. - Moeilijk transfereerbaar naar gehele populatie.
Garrison et al. (2021)	A2	- Recente bron. - Gerenommeerde auteurs.	- Weinig bronnen gebruikt (12).
Gilissen et al. (2020)	A2	- Gerenommeerde auteurs. - Recente bron. - Voldoende bronnen gebruikt (30).	- Moeilijk transfereerbaar naar gehele populatie.
Gilissen et al. (2021)	C	- Gerenommeerde auteurs. - Recente bron.	- Weinig bronnen gebruikt (9).
Hemmen et al. (2022)	+	- Recente bron. - Gerenommeerde auteurs.	- Geen verwijzing naar bronnen.

			- Geen academisch taalgebruik.
Hunt et al. (2018)	+	- Voldoende bronnen gebruikt (36). - Gerenommeerde auteurs.	- Gebaseerd op meningen en ervaringen van participanten.
Jeong (2017)	B	- Gerenommeerde auteur.	- Veel verouderde bronnen in literatuurlijst. - Twijfel over transfereerbaarheid naar gehele populatie.
Jo Vandeurzen (2018)	C	- Beleidsbrief Vlaams Parlement.	- Zeer lang document.
LEIF (2002)	C	- Academisch taalgebruik. - Erkende inforwebsite. - Geïmplementeerde wet in België. - Recente bron, wet ongewijzigd sinds 2002.	- Auteur onbekend betreffende websitepagina.
LEIF (2023)	C	- Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen. - Algemene website voor zorgverstrekkers en zorgvragers.	- Auteur onbekend. - Geen bronvermelding.
LEIF (n.d.)	C	- Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen. - Algemene website voor zorgverstrekkers en zorgvragers.	- Auteur onbekend. - Geen bronvermelding.
Maetens et al. (2019)	A2	- Voldoende bronnen gebruikt (29). - Gerenommeerde auteurs.	Geen
Masoudi Alavi (2014)	D	- Duidelijke auteur.	- Weinig bronnen gebruikt (10). - Verouderde bron.

			- Geen wetenschappelijke onderbouw.
Miranda et al. (2021)	A1	- Gerenommeerde auteur. - Recente bron. - Goede steekproef. - Veel bronnen gebruikt (51).	- Enkel onderzoek in België. Twijfel over transfereerbaarheid naar gehele populatie.
Neyts et al. (2021)	C	- Peer reviewed. - Recente bron. - Gerenommeerde auteurs. - Zeer veel bronnen gebruikt (540).	- Zeer uitgebreid document. - Moeilijk leesbaar.
Nilsen et al. (2018)	+	- Veel bronnen gebruikt (65). - Academisch taalgebruik.	- Twijfel over transferbaarheid naar gehele populatie.
Palliatieve Zorg Vlaanderen (2021)	C	- Gerenommeerde auteurs.	- Geen bronnen.
Palliatieve Zorg Vlaanderen (2021b)	C	- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers. - Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.	- Auteur onbekend. - Geen bronnen.
Palliatieve Zorg Vlaanderen (2021c)	C	- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers. - Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.	- Geen bronnen. - Auteur onbekend. - Onvolledige cijfgegevens die vragen oproepen.
Palliatieve Zorg Vlaanderen (n.d.)	C	- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers. - Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze	- Geen bronnen. - Auteur onbekend.

		recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.	
Radbuch et al. (2020)	C	- Voldoende bronnen gebruikt (34). - Gerenommeerde auteurs.	Geen
Sepulveda et al. (2002)	C	- Academisch taalgebruik.	- Verouderde bron. - Weinig bronnen gebruikt (7).
Shorey & Lopez (2021)	C	- Recente bron. - Veel bronnen gebruikt (141). - Academisch taalgebruik.	Geen
Statistiek Vlaanderen (2022)	C	- Recente bron. - Volgende update wordt aangekondigd op de website.	- Auteur onbekend.
Stulens (2014)	C	- Veel bronnen gebruikt (53).	- Verouderde bron (<7 jaar).
Sudore et al. (2018)	D	- Voldoende bronnen gebruikt (41). - Academisch taalgebruik.	Geen
ten koppel et al. (2019)	A1	- Gerenommeerde auteurs. - Academisch taalgebruik.	Geen
Van Mechelen et al. (2015)	A1	- Gerenommeerde auteurs. - Veel bronnen gebruikt (122). - Gebaseerd op bronnen niveau A1 en A2.	- Deze richtlijn zou moeten zijn herzien, de vernieuwde versie is op heden niet vwoindbaar.
Vlaamse Codex (2019)	C	- Recente bron.	- Webiste loopt vaak vast. - Auteur onbekend.
Vlaanderen (2023)	C	- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers. - Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen. - Er wordt doorverwezen naar informatieve evidence-based websites.	- Auteur onbekend.

Vlaanderen (2023b)	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers.</li> <li>- Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.</li> <li>- Er wordt doorverwezen naar informatieve evidence-based websites.</li> </ul>	- Auteur onbekend.
Vlaanderen (2023c)	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers.</li> <li>- Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.</li> <li>- Er wordt doorverwezen naar informatieve evidence-based websites.</li> </ul>	- Auteur onbekend.
Vlaanderen (n.d.)	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatieve website voor zorgverstrekkers en zorgvragers.</li> <li>- Algemene website waarvan wordt vanondersteld dat deze recent wordt bijgewerkt bij aanpassingen.</li> <li>- Er wordt doorverwezen naar informatieve evidence-based websites.</li> </ul>	- Auteur onbekend.
Weinstein & Skinner (2010)	C	- Voldoende bronnen gebruikt (46).	- Verouderde bron (<7 jaar).
Wet 21 juli 2016 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg	A1	-Recente bron, wet ongewijzigd sinds 2016.	Geen
Woolwine et al. (2019)	D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Academisch taalgebruik.</li> <li>- Gerenommeerde auteurs.</li> </ul>	Geen

Zhou et al. (2020)	C	<ul style="list-style-type: none"><li>- Voldoende bronnen gebruikt (49).</li><li>- Academisch taalgebruik.</li><li>- Recente bron.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Twijfel over transfereerbaarheid naar populatie.</li></ul>
--------------------	---	--	--

### Bronnen:

- Palliatieve zorg bij ouderen met dementie. Jo Lisaerde, Maartje Wils, 2012. Wolters Kluwer
- Gesprek met Jo Lisaerde en bezoek aan WZC De Wingerd – Leuven, 2019

Dit document kwam tot stand binnen een specifiek project van Expertisecentrum Dementie Paradox en Palliatieve zorg Gent-Eeklo waarbij verschillende praktische tools werden ontwikkeld.

We stimuleren eenieder om de inhoud van dit document te gebruiken, weliswaar met correcte bronvermelding: 'Project JIJdij opstarten van palliatieve zorg in het woonzorgcentrum (voor mensen met dementie)', 2020, ECD Paradox, Palliatieve Zorg Gent-Eeklo.

### Knipperlichten voor de opstart van palliatieve zorg

Brochure voor professionele medewerkers



## Inleiding

Oud worden, verder achteruitgaan, een chronische progressieve ziekte kunnen belastend zijn voor de persoon én voor de naasten. Er is nood aan adequate palliatieve zorg om de kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren en het lijden te verlichten. Een belangrijke en moeilijke vraag in de zorg voor mensen die stillejes achteruitgaan, is in welke fase van het ziekteproces je de palliatieve zorg start. Zeker als we medisch niets meer kunnen doen, kan gepaste palliatie nog heel veel betekenen voor de bewoners en hun naasten.

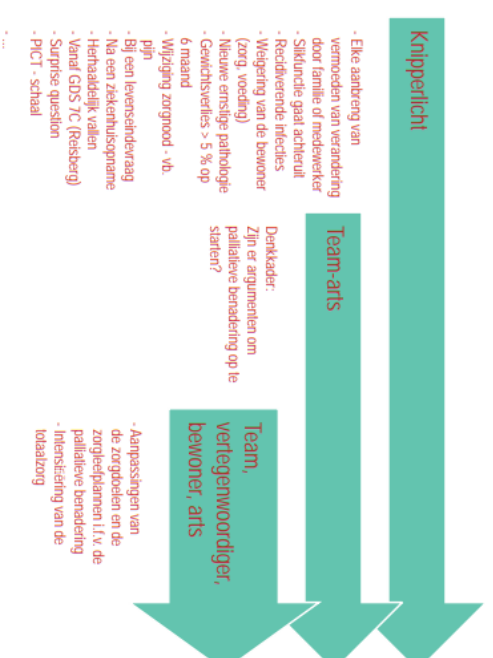
Tijdig opstarten van palliatieve zorg is een meerwaarde om goede zorg te bieden.

Palliatieve zorg zegt niets over de levensverwachting van de bewoner, wel over de zorgnoden die we zien en het antwoord dat we daarop kunnen geven. Palliatieve zorg is immers veel meer dan levensseinzorg. Het is een blijvend zoeken naar kwaliteit van zorg en comfort en dit op alle domeinen: lichamelijk, psychosociaal en spiritueel.

Specifiek naar de herkenning van veranderende zorgnoden stellen we volgende 'KNIPPERLICHTEN' voor. Kleine, dikwijls onopvallende aspecten die veranderen bij de bewoner, waar we alert moeten op blijven, om zo de zorg aan te passen aan de specifieke noden.

## Denkkader

Na het opmerken van één of meerdere knipperlichten kan je met het team, de huisarts overleggen of er argumenten zijn om een palliatieve benadering op te starten.



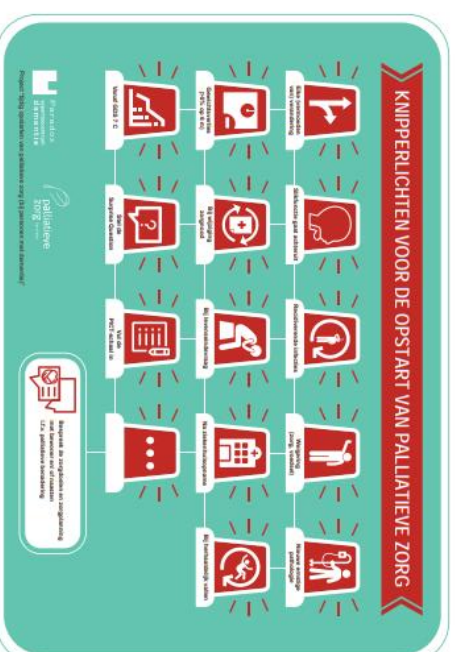
Als je bewoner in aanmerking komt voor een palliatief statuut, kan je aan de slag met volgende document: 'Zorgleefplan aanpassen i.f.v. de zorgdoelen en zorgnoden'. Bij elk knipperlicht dat je daarna nog opmerkt, kan je het zorgleefplan opnieuw onder de loep nemen.



## Knipperlichten

Stadium 7	Zeer ernstige cognitieve achteruitgang. Eindstadium dementie	Het vermogen tot spreken en de eenvoudige motorische vaardigheden neemt af (bv. een beker vasthouden en drinken). Overnemen van alle zorghandelingen wordt nodig. De persoon met dementie raakt uiteindelijk bedlegerig en geheel bewegingsloos, waarbij de lighouding steeds meer in elkaar gekromd is. Binnen deze fase treden doorgaans de volgende sub-stadia op:
Stadium 7A		De woordenschat neemt af tot minder dan 6 woorden.
Stadium 7B		Begrijpbare woordenschat wordt hooguit één woord.
Stadium 7C		Verlies van loopvermogen
Stadium 7D		Verlies van het vermogen tot rechtop zitten
Stadium 7E		Verdwijnen van het vermogen tot (glim-)lachen
Stadium 7F		Het hoofd niet meer rechtop kunnen houden.

Fase 7 van 'global deterioration scale' van B. Reisberg uit 'Denkbeeld', december 1994' naar B. Reisberg



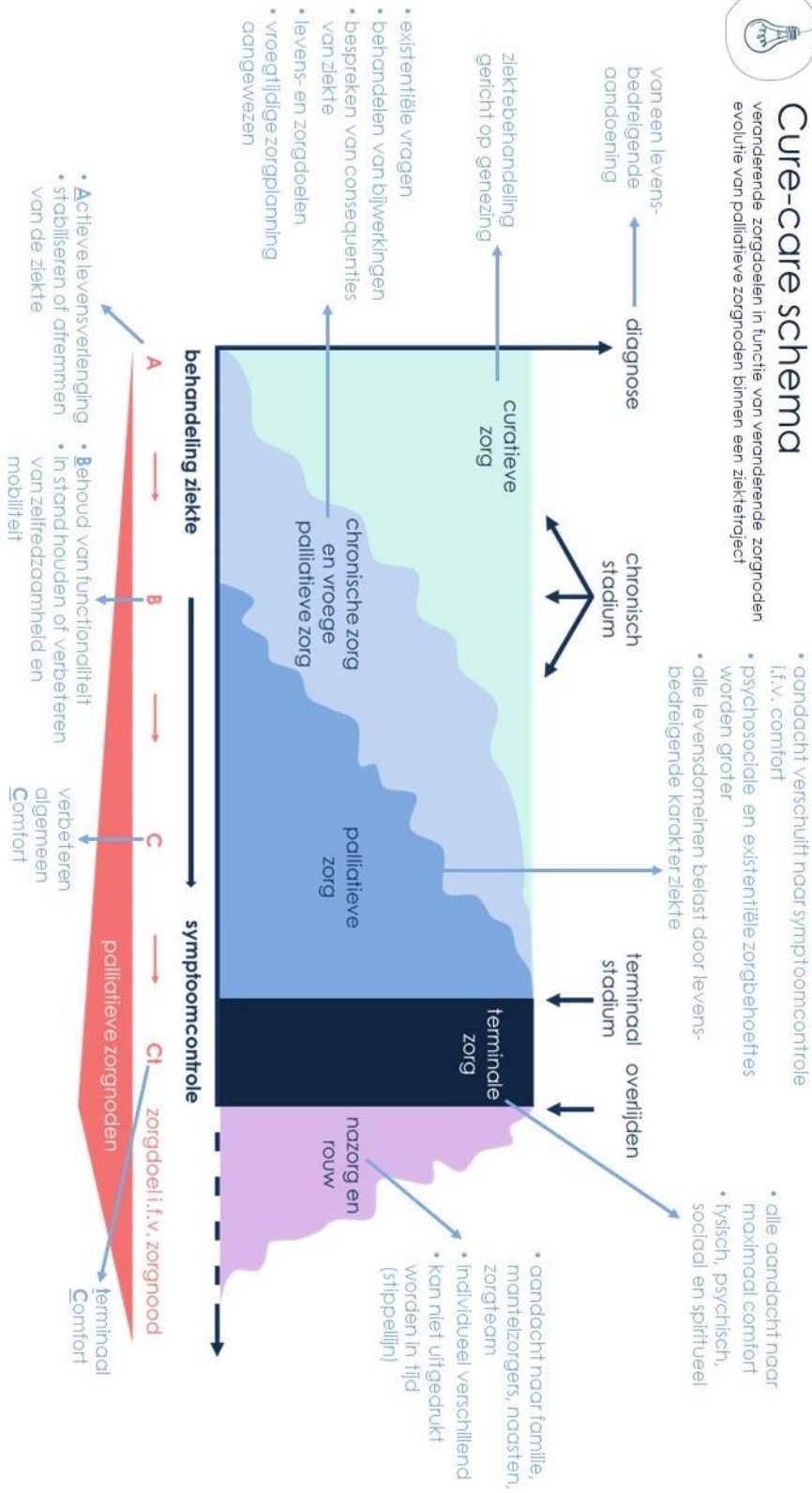
- **Elke aanbrengr van vermoeden van verandering door familie of medewerker:** Misschien ken je het gevoel: 'Je bent enkele dagen/ weken niet op de afdeling geweest. Bij je terugkeer merk je een achteruitgang bij één van de bewoners. Dit zie je meestal niet als je elke dag aanwezig bent. Dit signaal kan van medewerkers komen uit het zorgteam, paramedisch team of poetsteam, maar ook als het van de familie komt mag je het niet naast je neerleggen.
- **Silkfunctie gaat achteruit:** Verschillende ziektebeelden - zoals dementie, ziekte van Parkinson, CVA... - kunnen silksstoornissen veroorzaken. Dit kan zich op verschillende manieren uiten: kwijlen, onvermogen om een voedselbolus te maken, vast te houden en te positioneren, hamsteren, verminderde speekselproductie, aspiratie tijdens, voor of na de silkbeweging, vertraagde inzet van de silkbeweging, herhaaldelijke silkpogingen, enz.

- **Recidiverende infecties:** (Slik-)pneumonie en urineweginfecties zijn vaak voorkomende infecties bij ouderen in het algemeen en zeker bij mensen met dementie. De weerstand tegen infecties is verminderd, antibiotica is minder efficiënt. Het wordt weinig zinvol om hen hiermee te blijven behandelen.
  - **Weigering van de bewoner (zorg, voedsel):** Voedselweigering komt vaak voor in een ver gevorderd ziekteproces. Dit kan verschillende oorzaken hebben.
    - o Mensen met dementie herkennen het voedsel niet meer en/of weten niet meer wat ze er mee moeten doen. Dit kan leiden tot het uitspuwen, het hoofd wegdraaien als het voedsel aangeboden wordt of laten uit de mond lopen. Naast het niet meer kunnen en/of niet meer begrijpen door het ziektebeeld, kan het ook zijn dat mensen geen voedsel meer wenssen. Voedselweigering is dan een manier van communiceren dat ze iets niet meer willen. Voedselweigering kan dus berusten op een negatieve wilsuïding. Deze oorzaak ligt niet zo voor de hand, maar mag niet over het hoofd gezien worden.
    - o Voedselweigering kan ook te wijten zijn aan een onaangepaste consistentie.
    - o Weigering van voedsel kan eveneens wijzen op het aanbreken van de terminale fase. Het lichaam is op dat ogenblik niet meer in staat om voedsel en vocht te verwerken. Niets forceren en de mond en lippen vochtig houden is dan de meest aangepaste zorg.
  - **Nieuwe ernstige pathologie:** Bijkomende aandoeningen zoals een fractuur, nierfalen, bloedarmoede, enz. kunnen een aanleiding zijn om de totaalzorg te herbekijken.
  - **Gewichtsverlies > 5% op 6 maand:** Gewichtsverlies bij een bewoner is steeds een teken dat er iets mis gaat in het lichaam. Het hoort ook bij een dementieproces en staat los van de voedselinname. Het ontstaat door onder andere een ontoereikende voedselinname en door verhoogd energiegebruik (onrust, dolen, temperatuur, enz.). Daarnaast kan er zich zowel bij oncologische als bij dementie-patiënten het anorexie-cachexie-syndroom ontwikkelen. Hierbij ontstaat een irreversibel proces van eiwitafbraak en spieratrofie. Bij een fragiele oudere betekent dit zeker dat de start van palliatieve zorg in overweging moet worden genomen.
- 
- **Wijziging zorgnod:** Als je ziet dat de zorgnod toeneemt of de bewoner geeft aan dat hij (meer) pijn of andere ongemakken heeft of de familie stelt vragen over de zorg, dan is het goed de totaalzorg opnieuw te bekijken.
  - **Bij een levensseindevraag:** Een bewoner kan zelf aangeven dat hij het levensseinde wil bespreken of daar informatie over vragen. Ook dit kan een aanleiding zijn om de zorgdoelen te herbekijken en de totaalzorg aan te passen.
  - **Na een ziekenhuisopname:** Een ziekenhuisopname kan zeer ingrijpend zijn. De ervaringen bij de ziekenhuisopname en de verandering in de algemene toestand bij de terugkeer naar het woonzorgcentrum kunnen ertoe leiden dat men het behandelingsdoel moet worden aangepast.
  - **Herhaaldevallen:** als mensen herhaaldevallen, is het goed om de totaalzorg opnieuw te bekijken. Enerzijds kan men op zoek gaan naar de oorzaken van het vallen en preventieve maatregelen treffen. Anderzijds is het goed om stil te staan bij de gevolgen van het vallen, zoals het risico op breuken.
  - **Vanaf GDS (Global Deterioration Scale) 7C:** Reisberg deelt het dementieproces op in 7 fasen. Het functieverlies zoals beschreven in fase 7 (FAST-Functional Assessment Staging) biedt een leidraad voor de prognose. Vanaf fase 7C dient de palliatieve zorg geïntensifieerd te worden en kan de verwachte overleving minder dan 6 maand bedragen.
  - **Surprise question:** stel de 'surprise question': zou ik verwonderd zijn dat deze bewoner binnen het jaar overlijdt?
  - **PICT-schaal:** Dit is een 'sensibilisatie-instrument'. Het houdt de hulpverlener alert om de palliatieve fase tijdig te herkennen en de zorg aan te passen. Naast het opsommen van algemene 'frailty'-kenmerken (waarvan er 2 positief moeten zijn), brengt het ook voor alle pathologieën criteria - die wijzen op het palliatief stadium van de ziekte - in kaart.
  - **Niet limitatieve lijst:** de opsomming van knipperlichten is uiteraard niet limitatief. Er zijn zeker nog andere alarmsignalen die erop kunnen wijzen dat de zorgnod van de bewoner verandert en dat de zorg op zich dient herbekeken te worden.



### Cure-care schema

veranderende zorgdoelen in functie van veranderende zorgnoden  
 evolutie van palliatieve zorgnoden binnen een ziekte-traject



## BIJLAGE H: E-LEARNING VAN CURE NAAR CARE

---

### Inleiding

In deze module gaan we in op palliatieve zorg en proberen we volgende vragen te beantwoorden:

- Wat is palliatieve zorg?
- Wanneer start palliatieve zorg?
- Wie komt in aanmerking voor palliatieve zorg?
- Waar wordt palliatieve zorg geboden?
- Waarom is palliatieve zorg belangrijk?

### Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg is de zorg die de kwaliteit van leven verbetert van zorgvragers die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of ernstige kwetsbaarheid.

#### Focus op levenskwaliteit voor wie niet meer kan genezen

Het starten met palliatieve zorg zegt niets over de levensverwachting van een persoon. Het is een antwoord op bestaande zorgnoden bij de zorgvrager.

De zorg verschilt van terminale zorg, (de zorg tijdens de laatste levensdagen en -weken).

#### Palliatieve zorg

Een benadering van zorg met als focus de kwaliteit van leven voor zowel de zorgvrager als de omgeving van de zorgvrager.

#### De universiteit van Vlaanderen – Aline De Vleminck

*“Palliatieve zorg is een benadering waarbij het doel van de zorg is, de kwaliteit van het leven verbeteren, zonder dat we het leven dienen te verlengen of in te korten. En palliatieve zorg richt zich niet alleen op patiënten met een ongeneselijke aandoening maar ook op de familie en probeert de kwaliteit van leven voor beide te verbeteren. Daarbij wordt niet enkel gefocust op lichamelijke problemen maar ook op psychologische, sociale, spirituele of existentiële problemen. Simpelweg uitgelegd wat palliatieve zorg doet voor mensen met een ongeneselijke aandoening is op zoek gaan naar wat voor die mensen en hun familie de grootste problemen zijn zowel op lichamelijk, psychologisch of spiritueel vlak en probeert daar iets aan te doen. Palliatieve zorg kan geboden worden door de huisarts of door verpleegkundigen. Naarmate dat bepaalde problemen groter gaan worden of complexer kan er ook hulp ingeschakeld worden van een gespecialiseerd palliatief zorgteam. Dit kan ook zowel thuis als in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum.”*

### De evolutie van CURE naar CARE

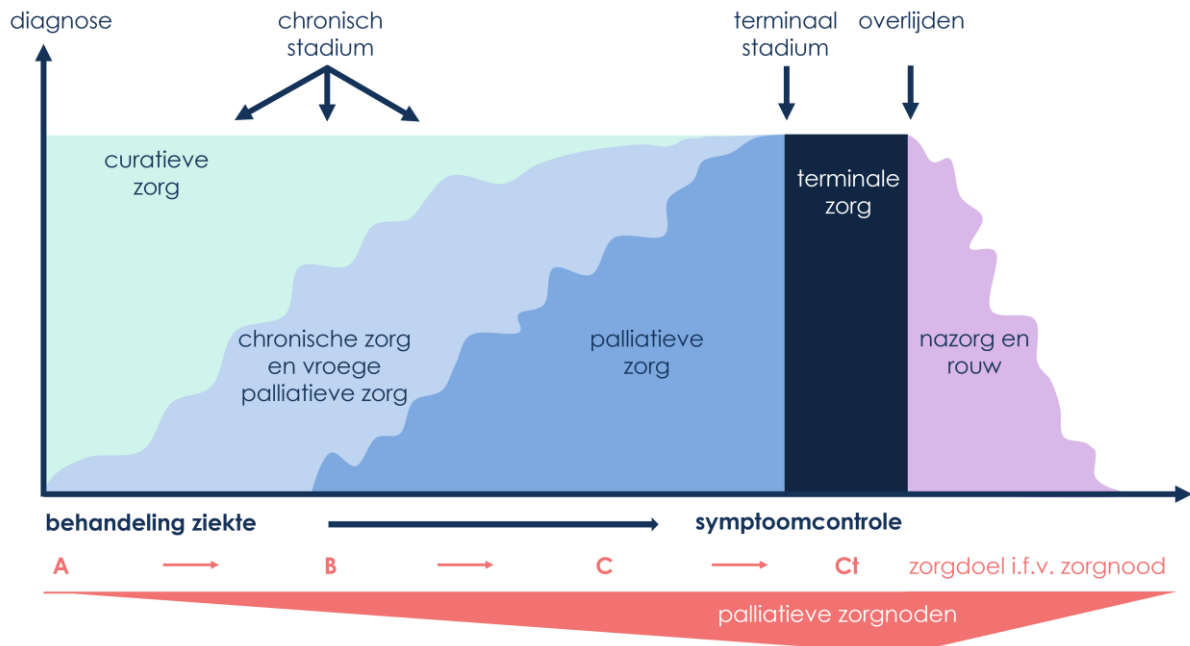
In de middeleeuwen was ons gezondheidszorgmodel zeer eenvoudig. Als je ziek of gewond raakte waren er 2 mogelijkheden. Ofwel kon je genezen, ofwel overleed je aan je aandoening.

Algemene evolutie zoals betere hygiëne en betere levensomstandigheden, resulteerde in een stijging van de levensverwachting. Dit werd versterkt door een toename van de medische kennis, medicatie, technologie en door een betere toegankelijkheid van onze gezondheidszorg. We zien een vergrijzing en verzilvering van de bevolking.

Een nieuw model van onze gezondheidszorg dringt zich aan. Een model waar naast CURE (genezen) ook CARE zeer belangrijk wordt. We zorgen langdurig voor onze ouderen en chronisch zieke mensen.

Doorheen de verschillende ziektestadia:

- Verschuift de aard van de medische behandelingen van oorzakelijke ziektebehandeling naar symptoomcontrole,
- Veranderen de behandeldoelen en
- Worden de psychosociale en existentiële zorgbehoeftes groter.



Bij de diagnose van een levensbedreigende aandoening is de ziektebehandeling gericht op genezen. Toch is er op dat moment al een start van vroege palliatieve zorg en chronische zorg. Vaak stellen mensen existentiële vragen en willen mensen de mogelijke consequenties van hun ziekte en hun levens- en zorgdoelen open bespreken. Vroegtijdige zorgplanning is al van bij de diagnose aangewezen.

Wanneer genezing niet meer mogelijk is veranderd de focus van de therapie. Palliatieve zorgnoden zijn meer uitgesproken en de aandacht verschuift naar symptoomcontrole in functie van comfort. De psychosociale en existentiële zorgbehoeftes worden vaak groter door het levensbedreigende karakter van de ziekte en alle levensdomeinen die hierdoor belast zijn.

Wanneer duidelijk wordt dat het sterven nadert, start de terminale zorg. Op dat moment gaat alle aandacht naar maximaal comfort op fysisch, psychisch, sociaal en spiritueel vlak.

Na het overlijden verschuift de aandacht naar familie, mantelzorgers en het zorgteam om nazorg en rouwzorg te bieden. Rouw is individueel verschillend en kan niet uitgedrukt worden in tijd.

Palliatieve zorgnoden zijn doorheen het hele traject aanwezig. Er zijn individueel sterke verschillen ook bij de behandeldoelen. Meestal ligt de focus in het begin op 'A', actieve levensverlenging met het stabiliseren of afremmen van de ziekte. Dit verschuift in een chronisch stadium naar 'B', behoud van functionaliteit met het in stand houden van zelfredzaamheid en mobiliteit. Hoe meer de ziekte vordert verschuift de aandacht naar behandeldoel 'C', beteren van algemeen comfort en terminaal comfort. Palliatieve zorg is bij uitstek

zorg op maat. Individuele verschillen in zorgnoden zijn altijd aanwezig. Vroege gesprekken rond levenseinde en zorgdoelen vormen een goede basis voor palliatieve zorg.

### Wanneer start palliatieve zorg?

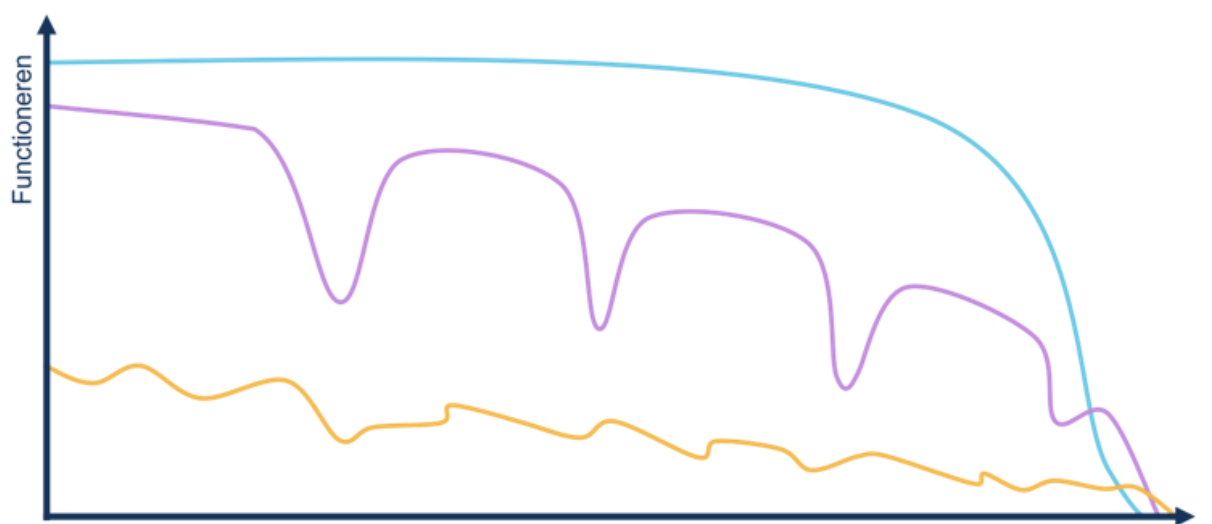
Al vroeg in het zorgtraject kunnen palliatieve zorgnoden aanwezig zijn. De benadering van palliatieve zorg creëert een open dialoog waarin de zorgvrager goed geïnformeerd wordt en waarbij geluisterd wordt naar zijn vragen en bezorgdheden.

#### Verschillende ziekte-trajecten

Naast een plots overlijden, zijn er 3 verschillende ziekte-trajecten die leiden naar het overlijden.

- Oncologisch traject (blauw)
- Chronisch orgaanfalen (paars)
- Kwetsbare/ fragiele patiënten (geel)

In elk van deze ziekte-trajecten is palliatieve zorg belangrijk



Uitleg: De universiteit van Vlaanderen – Aline De Vleminck

*“Globaal gezien zijn er 4 trajecten of 4 manieren waarop mensen vandaag sterven.*

*Het eerste traject is het traject van een plotse dood. Bijvoorbeeld als gevolg van een CVA, een hartaanval of een verkeersongeval. Deze mensen blijven zeer goed functioneren tot op het eigenste moment van overlijden. Dit gaat nog voor een minderheid van de populatie de realiteit zijn.*

*Het tweede traject is het traject van een terminale ziekte zoals kanker (blauwe lijn). En dat zal voor ongeveer 1/5<sup>e</sup> van de populatie zo zijn. Maar dat gaat iets vaker voorkomen bij jonge mensen want eenmaal je de leeftijd van 80 jaar hebt bereikt dan is het onwaarschijnlijk dat je nog op deze manier zal sterven. Slechts 1/10 mensen boven de 80 sterft ten gevolge van kanker. Hier zie je dat deze mensen ook relatief goed blijven functioneren meestal tot een aantal dagen of weken voor het overlijden.*

*De meerderheid van de populatie zal sterven op een van volgende manieren of een combinatie van beide. Waarbij onze laatste dagen, weken, maanden en zelfs jaren gekenmerkt worden door een trage achteruitgang.*

Het eerste traject is het typisch traject van iemand met een chronisch orgaanfalen (paarse lijn). Bijvoorbeeld: nierfalen, hartfalen of longfalen. Je ziet dat de trage achteruitgang onderbroken wordt door acute crisissituaties waarbij plots een heel sterke achteruitgang is in de toestand van die mensen. Meestal worden zij terug opgelapt en kunnen ze weer verder tot er zich een volgende crisis voordoet. Dat patroon gaat zich over meerdere jaren herhalen tot een van die acute crisissituaties uitmondt in overlijden.

Het tweede traject waar de meerderheid van de populatie zal komen aan te sterven is het traject van kwetsbare ouderen (gele lijn). Hier zie je een hele, hele trage achteruitgang, meestal gespreid over verschillende jaren.”

## Hoe herken je palliatieve zorgnoden?

Een belangrijke en moeilijke vraag in de zorg voor mensen die stilletjes achteruitgaan, is in welke fase van het ziekteproces je de palliatieve benadering start.

Zeker als we medisch niets meer kunnen doen, kan gepaste palliatie nog heel veel betekenen voor zorgvragers en hun naasten.

Tijdig opstarten van palliatieve zorg is belangrijk om goede zorg te bieden.

Knipperlichten vormen een aanleiding om de zorgdoelen te herbekijken en de totaalzorg aan te passen.

Knipperlichten zijn kantelmomenten, kleine, dikwijls onopvallende aspecten die veranderen bij de zorgvrager, waar we alert moeten op zijn en blijven, om zo de zorg aan te passen aan de specifieke noden.

## Je hoeft geen gespecialiseerde zorgverlener te zijn om palliatieve zorg te bieden

Vaak denkt men vooral aan zorgkundigen, verpleegkundigen en artsen voor het bieden van palliatieve zorg. Toch heeft elk lid van het team een rol te spelen in de zorg voor mensen met palliatieve zorgnoden.



Palliatieve zorg is teamwork! Iedereen die met de zorgvrager en de mantelzorgers in contact komt is belangrijk.

### **Sterven hoort bij het leven**

Wees bereid om met de zorgvrager en de mantelzorgers in gesprek te gaan over kwaliteit van leven, van zorg en van sterven.

Ga moeilijke gesprekken en vragen niet uit de weg.

Spreek je collega's, artsen, verpleegkundigen... aan om de zorgvrager zo goed mogelijk te informeren. Op die manier voelen ze zich betrokken en kunnen ze zelf zeggen wat voor hen belangrijk is.

### **Gespecialiseerde palliatieve zorg**

In de ziekenhuizen, woon- en zorgcentra en in de thuiszorg zijn er gespecialiseerde teams. Deze extra zorg is gratis voor de zorgvrager.

De contactgegevens van de gespecialiseerde teams voor palliatieve zorg in de verschillende regio's vind je op de website van Palliatieve Zorg Vlaanderen.

### **Wat is het effect van palliatieve zorg?**

Het tijdig opstarten van palliatieve zorg heeft veel voordelen:

- Hoger welbevinden van de zorgvrager en de familie, ze voelen zich ondersteund.
- Patiënten leven even lang, soms zelf langer.
- Er wordt rekening gehouden met wat de zorgvrager zelf wil (autonomie).
- Er is meer gepaste zorg bij het levenseinde:
  - Meer overlijdens op de plaats naar wens van de patiënt.
  - Minder opnames in het ziekenhuis en/of de afdeling intensieve zorg
  - Minder operaties, onderzoeken en bloedtransfusies
  - Minder pijn en andere symptoomlast
  - Lagere financiële kost



## BIJLAGE I: E-LEARNING WET- EN REGELGEVING VAN VROEGTIJDIGE ZORG IN BELGIË

### Inleiding:

In deze module gaan we in op vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg:

- Passende zorg in de laatste levensfase
- Vroegtijdige zorgplanning, wat is dat nu?
- Wet- en regelgevend kader in België
- De wet op de patiënten rechten en de negatieve wilsverklaring
- De wet op palliatieve zorg

### Passende zorg in de laatste levensfase

Over het algemeen leiden wij ons leven zonder veel na te denken over de zorg die wij nodig zullen hebben aan ons levenseinde.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) doorzocht Belgische publicaties en organiseerde een grootschalig onderzoek (waaronder een enquête) bij zorgverleners, patiënten, familieleden en vrijwilligers.

Aanbevelingen KCE i.v.m. passende zorg in de laatste levensfase:

- Sluit aan bij wat een patiënt belangrijk vindt, nu en in de toekomst
- Neem op geregelde tijdstippen de **tijd** om met de **patiënt en de mantelzorger** in gesprek te gaan over wat passende zorg voor hen betekent en hoe dit gerealiseerd kan worden
- Maak tijdens dit proces gebruik van reeds bestaande handleidingen en richtlijnen over VZP en gespreksvoering
- Werk **interdisciplinair** samen en hou rekening met verschillende aspecten: medisch aspect, kwaliteit van leven, psychologische ondersteuning en bied ruimte voor spirituele ondersteuning
- **Stel**, met toestemming van de patiënt, **documenten i.v.m. VZP beschikbaar aan alle artsen** die mogelijk een beslissing moeten nemen als de patiënt niet in staat is om zijn of haar wensen kenbaar te maken

### Vroegtijdige zorgplanning, wat is dat nu?

De term Vroegtijdige ZorgPlanning kent verschillende synoniemen die vaak door elkaar gebruikt worden:

- - Voorafgaande ZorgPlanning
- - Vooruitziende ZorgPlanning
- - Pro-actieve ZorgPlanning
- - Advance Care Planning (ACP)

Vroegtijdige zorgplanning is **een continu en dynamisch proces** van reflectie en dialoog met je naasten en zorgverleners, waarbij je **toekomstige zorgdoelen** bespreekt en vastlegt.

Het **doel** van het proces is het verwoorden van de waarden en voorkeuren over je **toekomstige zorg**.

Dit proces bevordert de besluitvorming wanneer je niet meer in staat bent om je wil te uiten.

VZP is meer dan het invullen van documenten!

De oorspronkelijke doelstelling van vroegtijdige zorgplanning om schriftelijk en anticiperend

behandelkeuzes vast te leggen, is geëvolueerd naar een proces van communicatie en overleg waarbij de nadruk ook komt te liggen op het bespreken van zorgdoelen, rekening houdend met wat de patiënt waardeert als goede zorg.

## **Wet en regelgevend kader in België**

In **2002** werden in België **3 belangrijke wetten** goedgekeurd die de basis vormen voor het proces van VZP.

### Wet op patiëntenrechten:

Deze wet is zeer ruim en omvat heel wat verschillende elementen:

- Ontvangen van een kwaliteitsvolle dienstverlening
- Vrij kiezen van de beroepsbeoefenaar
- Geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand
- Vrij toestemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie
- Vernemen of de beroepsbeoefenaar verzekerd is en gemachtigd om zijn beroep uit te oefenen
- Kunnen rekenen op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier met mogelijkheid tot inzage en afschrift
- Verzekerd zijn van de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer
- Neerleggen van een klacht bij een ombudsdienst

### Wet op palliatieve zorg:

Wet op de palliatieve zorg (2002) met uitbreiding in 2016: Elke patiënt heeft, ongeacht zijn levensverwachting, recht op palliatieve zorg als hij zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte.

### Euthanasiewet:

In 2002 heeft België een wet goedgekeurd die euthanasie in bepaalde situaties uit de strafrechtelijke sfeer haalt. Op verzoek van de patiënt mag een arts euthanasie toepassen als voldaan is aan alle voorwaarden die in de wet zijn vastgelegd. Dit verzoek wordt geuit door een handelingsbekwame patiënt die bij bewustzijn is (actueel verzoek) of door een voorafgaande wilsverklaring (patiënt die onomkeerbaar buiten bewustzijn is). In beide gevallen kan alleen de betrokken patiënt de euthanasie aanvragen.

## **De wet op de patiëntenrechten en de negatieve wilsverklaring**

In het kader van VZP zijn 2 items uit de wet op de patiëntenrechten zeer belangrijk:

- Geïnformeerd worden over de gezondheidstoestand (in toegankelijke taal)
- Vrij toestemmen in een tussenkomst, na voorafgaande informatie

### Geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming (of informed consent) is cruciaal in onze gezondheidszorg. De patiënt geeft toestemming aan de zorgverstreker voor de behandeling. Dit betekent dat je ook je toestemming NIET kan geven en zorg kan weigeren. Je kan dus elke vorm van behandeling (genezend, levensreddend, levensverlengend, palliatief,... ) weigeren.

Als je wilsbekwaam bent, kan je altijd een behandeling weigeren.

Als je wilsbekwaam bent, kan je ook je wensen noteren voor als je in een situatie zou komen waarin je niet meer wilsbekwaam bent ==> via een negatieve wilsverklaring.

Als je wilsonbekwaam bent, kan je wil vertegenwoordigd worden door iemand anders: een vertegenwoordiger (door jou zelf aangeduid of via een wettelijk cascadesysteem).

#### De negatieve wilsverklaring

Wanneer mensen zelf willen **beslissen om een aantal welomschreven medische aktes te weigeren in geval van eventuele toekomstige wilsonbekwaamheid**, kunnen ze een negatieve wilsverklaring invullen.

- De negatieve wilsverklaring is een document **opgesteld door de wilsbekwame persoon** waarin hij te kennen geeft welke **welomschreven behandelingen niet meer gewenst zijn indien hij wilsonbekwaam** zou worden.
- Het opstellen gebeurt best in overleg met de behandelende arts of huisarts, als weergave van een gesprek over vroegtijdige zorgplanning. Het document wordt bij het **patiëntendossier** gevoegd.
- Het (door de wilsbekwame persoon) ondertekende en gedateerde document blijft **permanent geldig** (tot herroeping).
- Er wordt liefst een **vertegenwoordiger** aangeduid die het document ook ondertekent. Deze mag erfgenaam zijn, en bewaart zelf best ook een exemplaar.
- Deze **negatieve wilsverklaring is wettelijk bindend**.

#### De aangeduide of de wettelijke vertegenwoordiger

##### *Vertegenwoordiger:*

De vertegenwoordiger **treedt op om beslissingen te nemen in het belang van de patiënt, indien deze (tijdelijk of definitief) wilsonbekwaam is geworden**. De wilsbekwame patiënt kan zelf een vertegenwoordiger aanduiden. Als hij dit niet doet, wordt de (wettelijke) vertegenwoordiger benoemd volgens een wettelijk cascadesysteem.

##### *Aangeduide vertegenwoordiger:*

**De patiënt kan één of meerdere vertegenwoordiger(s) aanduiden**. Indien er meerdere vertegenwoordigers benoemd zijn, dient hier de aangeduide volgorde gerespecteerd te worden. Een tweede vertegenwoordiger treedt enkel op indien de eerste niet beschikbaar is. Een aangeduide vertegenwoordiger heeft meer juridische invloed dan de wettelijke vertegenwoordiger.

##### *Wettelijke vertegenwoordiger:*

Indien de patiënt geen vertegenwoordiger heeft benoemd, dan moet de volgende cascade van wettelijke vertegenwoordigers gerespecteerd worden:

1. Voorlopige bewindvoerder over de persoon met machtiging van de vrederechter om de rechten van de patiënt uit te oefenen
2. Feitelijk samenwonende partner
3. Meerderjarige kinderen
4. Ouders
5. Broers/zussen
6. Het behandelend team

## **De wet op palliatieve zorg**

Palliatieve zorg is **alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige, evolutieve en levensbedreigende ziekte**.

Het is een actieve en multidisciplinaire totaalzorg op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel vlak.

Elke patiënt heeft, ongeacht zijn levensverwachting, recht op palliatieve zorg als hij zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige, evolutieve en levensbedreigende ziekte.

Daarnaast is voorzien in een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg (= Palliatieve Eenheid en Palliatief Support Team in het **ziekenhuis**, referentie-verpleegkundigen palliatieve zorg in de **Woon- en ZorgCentra** en gespecialiseerde Multidisciplinaire BegeleidingsEquipes in de **thuiszorg**).

De criteria voor de **terugbetaling** van die zorg door de sociale zekerheid staan er borg voor dat palliatieve zorg voor alle patiënten even toegankelijk is binnen het geheel van het zorgaanbod.

### **De euthanasiewet**

Euthanasie is het levensbeëindigend handelen door een arts omwille van ondraaglijk lijden (fys/psych) op uitdrukkelijk (herhaald) verzoek van de wilsbekwame persoon zelf.

Het is een geschreven verzoek en deze is onbeperkt geldig sinds april 2020. Uw verzoek kan worden geregistreerd in de gemeente, maar dit is niet verplicht.

De patiënt wil later euthanasie:

- Enkel in geval van onomkeerbaar coma of persistent vegetatieve staat
- Voorafgaande wilsverklaring, getekend door 2 getuigen

De patiënt wil nu euthanasie (actueel verzoek):

- Terminaal ziek
- Niet terminaal, wel ongeneeslijk ziek

# BIJLAGE J: HET KNIPPERLICHTEN SPEL

### KNIPPERLICHTEN VOOR PALLIATIEVE ZORG EN VROEGTIJDIGE ZORGPLANING

Bevordert de beschikbaarheid en toegankelijkheid van palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning.

Julia is 80. Haar man Piet is 4 jaar geleden overleden. Studeerde werkte ze alleen in het huis dat ze in 1962 samen gebouwd hebben, in de wijk die haar zo lief is. Maar de jaren beginnen te wegen. Ze is niet sterk. Wel fragiel en liefsbaar... Het lukt haar niet meer om zelfstandig te verzorgen, om boodschappen te doen en te koken en ze is minder goed te bem.

Koren komt uit Turkije en woont al twintig jaar met zijn familie – vier kinderen en zijn vrouw – in België. Hij is industrieel schrijver in het bedrijf van zijn oudere broer. Hij heeft sinds lange tijd. Dat komt door het roken, denkt hij. Anderhalf pakje per dag. Onlangs kreeg hij het zo benamend dat hij naar de spoedeisende dienst. Hij werd opgenomen. Finale diagnose: ernstige COPD (longfalen) als gevolg van een ernstige, chronische en smookrookbare ontsteking van de longblaasjes.

De diagnose van dementie bevestigt hun bange vermoeden. Ze verlopen hun bureau. Kristof wil het afscheidingsproces dat bij dementie hoort, niet zelf doormaken. Hij heeft bij zijn tante gezien wat dementie met een mens doet. Hij neemt samen met Jean-Marc de beslissing om, als de tijd daar is, waardig uit het leven te stappen.

### RECIDIVERENDE INFECTIES

De meeste van een patiënt worden teruggevoerd naar de zorg door een terugkerende infectie. Dit kan worden voorkomen door een goede hygiëne, een goede voeding en een goede behandeling van de infectie. Het is belangrijk om de arts hiervan in kennis te stellen.

### STEL DE SURPRISE QUESTION

Wat is de meest voorkomende oorzaak van de huidige situatie?

### VOL DE PIGT-SCHAAL IN

De PIGT-Schaal is een instrument dat wordt gebruikt om de kwaliteit van leven van patiënten te meten. Het bestaat uit 10 items die betrekking hebben op fysieke, psychische, sociale en spirituele aspecten van de kwaliteit van leven.

### GEWICHTSVERLIES (<math>\leq 5\%</math> OP 6M)

Gewichtsverlies is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met ernstige ziekten. Het kan worden veroorzaakt door een verslechtering van de voeding, een toename van de energieverbruik of een combinatie van deze factoren.

### NA ZIEKENHUISOPNAME

Na een ziekenhuisopname kan de patiënt vaak nog veel problemen hebben. Het is belangrijk om de arts hiervan in kennis te stellen en de nodige ondersteuning te krijgen.

### BIJ LEVENSEINDEVRAAG

Bij de levensindevraag wordt de patiënt gevraagd om zijn wensen te uiten over de toekomstige zorg. Het is belangrijk om deze wensen te documenteren en de arts hiervan in kennis te stellen.

De meeste van een patiënt worden teruggevoerd naar de zorg door een terugkerende infectie. Dit kan worden voorkomen door een goede hygiëne, een goede voeding en een goede behandeling van de infectie. Het is belangrijk om de arts hiervan in kennis te stellen.

Wat is de meest voorkomende oorzaak van de huidige situatie?

De PIGT-Schaal is een instrument dat wordt gebruikt om de kwaliteit van leven van patiënten te meten. Het bestaat uit 10 items die betrekking hebben op fysieke, psychische, sociale en spirituele aspecten van de kwaliteit van leven.

Gewichtsverlies is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met ernstige ziekten. Het kan worden veroorzaakt door een verslechtering van de voeding, een toename van de energieverbruik of een combinatie van deze factoren.

Na een ziekenhuisopname kan de patiënt vaak nog veel problemen hebben. Het is belangrijk om de arts hiervan in kennis te stellen en de nodige ondersteuning te krijgen.

Bij de levensindevraag wordt de patiënt gevraagd om zijn wensen te uiten over de toekomstige zorg. Het is belangrijk om deze wensen te documenteren en de arts hiervan in kennis te stellen.

De afbeelding toont een grafiek die de voortgang van een patiënt illustreert. De x-assen zijn 'behandeling ziekte' en 'symptoomcontrole'. De y-assen zijn 'Luchtweg' en 'Symptomen'. De grafiek is verdeeld in drie fases: 'Luchtweg', 'Symptomen' en 'Terminale zorg'.

De afbeelding toont een grafiek met de y-assen 'Functies'. De lijn toont een dalende trend, wat wijst op een verslechtering van de functies over de tijd.

Twee weken na de operatie heeft Charlotte nog veel pijn. Aan de vooravond van de chemotherapie, en de radiotherapie, stelt de oncoloog aan Charlotte voor om een gesprek te hebben met iemand van het palliatief team.

Charlotte en Guido zijn verrast. 'Palliatief'? Is er dan geen hoop meer?

Als mensen leedverhaal volgen is het goed om de afbeelding opnieuw te bekijken. Het is belangrijk om de afbeelding te bekijken en de afbeelding te bekijken. Het is belangrijk om de afbeelding te bekijken en de afbeelding te bekijken.

Voedselbeperking komt vaak voor bij patiënten met ernstige ziekten. Het kan worden veroorzaakt door een verslechtering van de voeding, een toename van de energieverbruik of een combinatie van deze factoren.

## BIJLAGE K: HET ACTIEPLAN OVERZICHTELIJK

### DOELSTELLING 1:

<b>Aanleiding</b>	Frequente bijscholing over VZP en palliatieve zorg gericht naar de zorgverstrekkers die werkzaam zijn binnen het woonzorgcentrum
<b>Gewenste situatie</b>	Binnen een termijn van één jaar wordt een verplichte bijscholing voor alle zorgverstrekkers georganiseerd binnen de voorziening. Elke zorgverstrekker verkrijgt via de opleiding correcte informatie en wordt de basiskennis opgefrist. Het resultaat hiervan is tijdige herkenning van veranderende zorgnoden bij zorgvragers en tijdige opstart van VZP en palliatieve zorg in het woonzorgcentrum.
<b>Maatregelen</b>	Opstellen bijscholingsthema
	Opstellen powerpoint-voorstelling + e-learning + affiche knipperlichten + knipperlichtenkaarten + schema cure-care + PICT schaal
	Bespreken van de planning met de directie van het woonzorgcentrum
	Vastleggen data
	Vastleggen locatie
	Rondsturen dienstmededeling naar alle zorgverstrekkers
<b>Kosten</b>	Tijd voor zorgverstrekkers om de opleiding te volgen
	Papieren afdruk voor zorgverstrekkers
<b>Baten</b>	Opfrissen basiskennis van alle zorgverstrekkers
<b>Deadline</b>	één jaar
<b>Wie</b>	Referentieverpleegkundige palliatieve zorg: geeft de opleiding
	Alle verpleegkundigen binnen het woonzorgcentrum: volgen de opleiding
	Alle zorgkundigen binnen het woonzorgcentrum: volgen de opleiding
	Alle hoofdverpleegkundigen binnen het woonzorgcentrum: volgen de opleiding

## DOELSTELLING 2:

<b>Aanleiding</b>	Duidelijke communicatie en een duidelijk beleid omtrent VZP en palliatieve zorg
<b>Gewenste situatie</b>	Binnen een termijn van één jaar, wordt gewerkt aan een duidelijk beleid omtrent VZP en palliatieve zorg binnen het woonzorgcentrum. Dit moet ervoor zorgen dat iedere zorgverstrekker binnen het woonzorgcentrum weet heeft van het bestaan van het beleid en wat deze inhoudt. Het beleid houdt o.a. ook in waar de weerslag van een VZP gesprek kan worden teruggevonden. Hierdoor zal elke zorgverstrekkers op de hoogte zijn van het gebeuren van VZP en palliatieve zorg binnen de voorziening.
<b>Maatregelen</b>	Duidelijk schriftelijk beleid opmaken die door alle zorgverstrekkers kan geraadpleegd worden
	Duidelijke communicatie omtrent de weerslag van een VZP gesprek
	Duidelijke communicatie omtrent de documentatie van de weerslag van een VZP gesprek
<b>Kosten</b>	Tijd om een duidelijk beleid op te maken
	Overleg tussen de verschillende zorgverstrekkers voorzien
	Informatiemoment vastleggen om het beleid aan alle zorgverstrekkers te verduidelijken
<b>Baten</b>	Alle zorgverstrekkers kunnen eenvoudig alle informatie terugvinden die ze nodig hebben om kwaliteitsvolle zorg te bieden
	Geen onduidelijkheden meer omtrent het beleid
<b>Deadline</b>	één jaar
<b>Wie</b>	Hoofdverpleegkundigen en directie: overleg opstellen van het beleid
	Hoofdverpleegkundigen: open communicatie naar alle zorgverstrekkers

