

Prijis van de Huisarts

Vroegtijdige planning van de gewenste zorg: hoe breng je het ter sprake?

Idealiter zou het al veel eerder ter sprake kunnen komen: welk type zorg verwachten mensen voor hun bejaard familielid, wanneer hij of zij wordt opgenomen in een woon- en zorgcentrum? Als alles vooraf is doorgesproken met de huisarts, vallen de beslissingen makkelijker op het ogenblik dat er een noodsituatie ontstaat. Meestal ontwijkt men echter zo lang mogelijk dit soort gesprekken: oma is toch nog redelijk goed te been? Volgens Dr. Annelies Raes is het tot stand brengen van een goed communicatieproces met de patiënt en zijn familie op zich nog belangrijker dan het gehanteerde model.

Thierry Van Eckhout

Na drie jaar aan de campus in Kortrijk, voltooide Annelies Raes haar studies geneeskunde in Leuven. Aan specialisatie heeft ze nooit gedacht: huisartsgeneeskunde lag voor haar voor de hand, als evidente combinatie van twee interessepolen: de biologie en de kennis van het menselijke lichaam enerzijds, en het sociale aspect, psychologie en communicatie anderzijds. De liefde voor de natuur werd haar wellicht ingefluisterd door haar vader, die met passie zijn grote tuin verzorgde, en zelf volgt ze op dit ogenblik een opleiding tot natuurgids. Als arts is ze nu werkzaam in de groepspraktijk van haar praktijkopleider, Dr. Hans Bogaert, samen met een derde arts, een psychologe en twee diëtisten.

Noodgeval

In verband met de keuze van haar scriptieonderwerp laten we Dr. Raes even zelf aan het woord: "Tijdens een wachtdienst moest ik een dementerende bejaarde noodgedwongen laten opnemen. Het ging om een hoogbejaarde dame met hevige dyspnoe. De medische toestand was zo acuut, dat een opname haar de beste kansen op overleving zou geven. Maar ik vroeg me tegelijk af of het dit wel was wat zij zelf en haar familie wensten. Misschien was het een even goede keuze om haar maximaal te behandelen met de middelen die ik voorhanden had in het rusthuis, of misschien moest ik puur voor comfortzorg kiezen. Ik kon deze beslissing uiteraard niet zelf nemen, aangezien ik de dame, de familie en de



▲ Dr. Annelies Raes koos voor een flexibel tijdstip voor de initiatie van de VZP-gesprekken: toch liefst relatief vroeg na de opname, met een interdisciplinair overleg ten laatste drie maanden na opname.

voorgeschiedenis niet kende. Ik kon geen familie bereiken, er was niets genoteerd in het dossier en de vrouw zelf kon mij niet te woord staan. Ik kon op dat moment dus niet anders dan haar te laten opnemen, ook al leek dat voor mij niet de beste keuze. Op zo'n moment ervaar je hoe nuttig het zou zijn geweest indien dit vooraf was besproken met de patiënt en/of de familie, en er van dit gesprek ook een neerslag in het dossier terug te vinden zou zijn."

Slechts één Nederlandstalig artikel over VZP

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) voor mensen die in een woon- en zorgcentrum (WZC) verblijven, vergemakkelijkt met andere woorden het proces van de zorgverstrekking en de keuzes die de artsen moeten maken in acute situaties. De eerste stappen voor implementatie van programma's voor VZP wereldwijd werden reeds gezet. Koploper hierin is de Verenigde Staten, gevolgd door Groot-Brittannië en Australië. Er is vandaag ook in Vlaanderen een toenemende belangstelling voor VZP.

Maar wat wordt er over VZP in WZC's in de nationale en internationale literatuur vermeld? De eerste fase van haar onderzoek, een literatuurstudie, bracht aan het licht dat er tot dusver vooral in de Verenigde Staten veel over het onderwerp is gepubliceerd. Daarnaast vond Annelies Raes welgeteld één Nederlandstalig artikel in het Belgische *Tijdschrift voor Geneeskunde*.

VZP-gesprek kort na de opname

In Vlaanderen blijkt er nog een gebrek aan goed omschreven modellen. Voor het tweede deel van haar onderzoek ontwikkelde Dr. Annelies Raes daarom met een multidisciplinaire werkgroep een model voor de implementatie van VZP in de WZC van de Brugse regio. Uit de literatuur bleek al dat VZP een proces is waarvan het belangrijkste deel het communicatieproces zelf is en niet zozeer de uitkomst, namelijk het 'invullen van formulieren'. Het is voornamelijk het communicatieproces tussen de arts en de patiënt en zijn naasten, dat ervoor zorgt dat VZP als nuttig wordt ervaren. Het is belangrijk dat de wensen van de patiënt zo nauwkeurig mogelijk worden begrepen en dat de patiënt ook begript voelt. Over het tijdstip waarop VZP best met de bewoners van de WZC zou besproken worden, bestaan verschillende meningen. Aan de ene kant wordt geopperd dat het best zo vroeg mogelijk gebeurt bij de opname, omdat vele bewoners reeds beginnende cognitieve problemen vertonen. Aan de andere kant wordt gesteld dat de bewoner best al wat ingeburgerd is en de zorgverstrekkers intussen wat heeft leren kennen. Annelies Raes koos voor een flexibel tijdstip voor de initiatie van de gesprekken: toch liefst relatief vroeg na de opname, met een interdisciplinair overleg ten laatste drie maanden na opname. Zij koos ook voor een *family-centered/relationship-centered* model, waarbij de inbreng zowel van de patiënt als van de naasten de zorg bepaalt. Ook wordt tijdens de gesprekken geen lijst van medische behandelingsmogelijkheden in bepaalde situaties opgesteld, maar wordt de zorgbehoefte geformuleerd onder de vorm van zorgdoelen. Drie types van zorgdoelen worden gehanteerd: type A, waarbij wordt gekozen voor maximale medische behandeling inclusief reanimatie en hospitalisatie; type B, waarbij men een stabilisatie van de toestand beoogt - hier wordt dan gekozen voor minder intensieve behandeling (b.v. geen reanimatie/intensieve zorg/hemodialyse); en type C, waarbij het doel maximaal comfort is - bij bewoners met deze code verwacht men een verdere langzame of snelle achteruitgang met overlijden op relatief korte of eventueel ook wat langere termijn. De aandacht gaat in dit geval naar maxi-

In samenwerking met

DEXIA

