

**Claudia Savelkoul**

aios anesthesiologie, UMC Utrecht  
(tot voor kort anios ic, Ziekenhuis  
Gelderse Vallei (ZGV), Ede

**Eline van Lummel**

anios ic, ZGV, Ede

**Dave Tjan**

anesthesioloog-intensivist, ZGV,  
Ede

PILOT MET POLIKLINISCHE ADVANCE CARE PLANNING BEVESTIGT:

# Patiënt gebaat bij open gesprek over laatste zorgfase



GETTY IMAGES

Na een succesvolle proef vinden op vijf poli's van Ziekenhuis Gelderse Vallei structureel gesprekken plaats over de wensen van patiënten in hun laatste levensfase. De meerwaarde blijkt groot.

**A**dvance care planning (ACP) heet het dynamische proces van zo mogelijk meerdere gesprekken tussen arts, patiënt en naasten over de behandelwensen van de patiënt in de laatste levensfase. Daarmee anticiperend op (acute) situaties waarin de patiënt zelf niet meer in staat is om aan te geven wat hij wil. Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) in Ede heeft, in samenwerking met het UMC Utrecht, Wageningen University & Research (WUR) en de Patiëntenfederatie Nederland een nieuw concept ontwikkeld om zulke ACP-gesprekken poliklinisch te voeren. Tot nu toe gebeurde zoiets niet, of kwam het tussen neus en lippen door ter sprake. Na een pilot in 2018 op twee poliklinieken is dit concept in maart 2019 structureel ingevoerd op vijf verschillende poliklinieken en is er financiering voor 2019/2020.

---

# Gemaakte afspraken kunnen altijd weer worden herroepen

Nieuw aan het concept is het electief inplannen van de gesprekken – dus niet meer afhankelijk van een zorgverlener die er toevallig aan denkt en het aandurft –, de tijdsinvestering van één uur per patiënt, de voorbereiding van de deelnemende partijen en de multidisciplinaire opzet van het gesprek door de gespecialiseerd verpleegkundige samen met de behandelend specialist. Kortom, voor het eerst was er structureel aandacht voor dit moeilijke onderwerp.

## Taboe doorbreken

Het doel van ACP-gesprekken is om meer gepaste zorg te bieden aan kwetsbare patiënten en daarnaast het taboe rondom het praten over de laatste levensfase te doorbreken. De beschreven casus (zie *kader*) illustreert de meerwaarde van een ACP-gesprek. Elk gesprek is natuurlijk uniek. Maar waar het om gaat, is dat iemand kan aangeven wat voor hem kwaliteit van leven is en dat hij zelf de regie kan houden door zijn wensen te bespreken.

De ACP-gesprekken in Ede zijn specifiek toegespitst op kwetsbare patiënten. Deze patiënten worden geselecteerd met behulp van de *'surprise question'* ('zou het mij verbazen als deze patiënt binnen twaalf maanden komt te overlijden?'). De vraag wordt ten aanzien van iedere patiënt op de polikliniek gesteld en als de zorgverlener de vraag met 'nee' beantwoordt, dan zal deze het onderwerp te berde brengen en de patiënt een ACP-gesprek aanbieden.

Als de patiënt op de uitnodiging ingaat, volgt een gesprek tussen een gespecialiseerd verpleegkundige, de behandelend specialist, de patiënt en zijn naasten, en wel in de fase dat de patiënt er zelf nog over kan denken en praten. De patiënt

ontvangt ter voorbereiding een vragenlijst die speciaal voor dit doel is ontwikkeld door de Nederlandse Patiëntenfederatie. Zorgverleners krijgen vooraf een training om deze gesprekken gestructureerd te voeren. De gespecialiseerd verpleegkundige start het gesprek en onderzoekt samen met de patiënt diens visie op zijn kwaliteit van leven en op gepaste zorg. Na ongeveer drie kwartier sluit de behandelend specialist aan en krijgt een samenvatting van hetgeen besproken is. Samen bespreken zij behandeldoelen, behandelwensen en eventueel worden hieruit voortkomende behandelgrenzen vastgelegd in het medisch dossier. Zowel de patiënt als de huisarts ontvangt een brief met de inhoud van het gesprek. Indien de patiënt de brief ondertekent dient deze als wilsverklaring. De gemaakte afspraken kunnen te allen tijde weer worden herroepen.

---

## ACP-GESPREKKEN: EEN VOORBEELD

Een 78-jarige man komt op de polikliniek Geriatrie vanwege veelvuldig vallen en achteruitgang in cognitie. Na analyse blijkt het veelvuldig vallen multifactorieel bepaald en de cognitieve stoornissen passen het meest bij een dementiesyndroom van vasculaire aard bij een patiënt die eerder ook al cognitief kwetsbaar was. Tijdens het bezoek aan de polikliniek wordt hij uitgenodigd voor een ACP-gesprek. Patiënt neemt zijn dochter mee. De verpleegkundige start het gesprek en stelt vragen over het dagelijks leven van de patiënt en de kwaliteit ervan. Hij vertelt dat hij weinig plezier meer heeft in het leven, met name omdat hij afhankelijk is van anderen. De man maakt duidelijk dat hij het niet erg zou vinden als hij morgenochtend niet meer wakker werd. Belangrijk voor hem is dat hij geen pijn wil ervaren en niet benauwd wil zijn. Een behandeling waarbij zijn leven verlengd wordt wil hij alleen op het moment dat er een reële kans bestaat op behoud van zijn huidige functionele en cognitieve toestand. Tijdens het gesprek komen verschillende scenario's aan de orde en krijgt de patiënt de vraag voorgelegd welke zorg het beste bij hem past. Vervolgens schuift de behandelend specialist aan en de verpleegkundige vat samen wat er toe nu toe is besproken. Na uitleg hierover geeft meneer aan niet meer gereanimeerd te willen worden en ook geen ic-behandeling te wensen. Als de behandelend specialist doorvraagt over een algemene ziekenhuisopname, blijkt dat patiënt niet meer geopereerd wil worden, maar eventueel nog wel antibiotica wil krijgen. Als niets meer helpt, wil hij bij voorkeur thuis overlijden. De behandelend specialist vat de gemaakte afspraken samen en zegt dat een verslag van dit gesprek naar de huisarts wordt verstuurd en dat de man te allen tijde op deze afspraken kan terugkomen. Hij adviseert om dit onderwerp ook met de huisarts te bespreken. De patiënt vertelt dat hij het gesprek wel confronterend vond, maar erg waardevol en verhelderend. Zijn dochter beaamt dit: thuis was dit onderwerp niet bespreekbaar. Zij zegt te verwachten dat het door dit gesprek in de toekomst makkelijker zal zijn om keuzes te maken voor haar vader, mocht hij hier zelf niet meer toe in staat zijn.

## Hindernis

Tijdens een succesvolle pilot van twintig gesprekken in 2018 op de afdelingen Geriatrie en Longgeneeskunde bleken negentien patiënten hun behandelwensen te willen vastleggen en bij zestien patiënten waren dit expliciete behandelgrenzen (zoals niet reanimeren of geen ic-behandeling). Deze pilot leidde tot de wens (zowel bij patiënten, verpleegkundigen als artsen) voor bredere implementatie.

## Vergoeding van de ACP-gesprekken blijft een heikel punt

Echter, met de huidige financieringsstructuur van de zorg worden deze gesprekken slechts deels vergoed: alleen de deelname van de arts kan als herhaalconsult worden gedeclareerd. Initieel is deze pilot met zorgvernieuwingsgelden gefinancierd, voor het vervolg is subsidie gevraagd aan de regionale zorgverzekeraar. Vergoeding van deze gesprekken blijft een heikel punt, aangezien medische zorg in het algemeen voornamelijk gericht is op (be)handelen, en minder op het voeren van gesprekken. Ook de tijdsinvestering is een hindernis voor de betrokken zorgverleners: hoe creëer je zestig minuten exclusieve tijd voor een ACP-gesprek in een al zo overvol spreekuur? Desalniettemin bleek het een tijdsinvestering die erg gewaardeerd werd door zowel patiënten als zorgverleners. Adequate financiering is dus van grote waarde.

Het voeren van ACP-gesprekken kan potentieel ook nadelen hebben. Het gesprek kan zowel voor patiënt, naasten en betrokken zorgverleners als ingrijpend of belastend worden ervaren. Daarnaast kan het bespreken van gevoelige onder-

werpen mogelijk nadelige gevolgen hebben voor de relatie tussen patiënt en zijn naasten of tussen arts en patiënt bij verkeerde interpretaties. Ook kan het zijn dat patiënt zijn wensen verandert in de acute situatie, hetgeen tot discussie en onduidelijkheid kan leiden. Niet alles is te ondervangen. Maar de manier waarop het gesprek wordt gevoerd vraagt veel aandacht. Zorgverleners moeten zich in elk geval bewust zijn van deze mogelijke hindernissen, zodat zij erop kunnen inspelen.

## Hele keten

Als we ongewenste zorg in de laatste levensfase willen voorkomen, is het voeren van een ACP-gesprek een begin van een oplossing. Momenteel biedt het ZGV ACP-gesprekken structureel aan bij kwetsbare patiënten van de afdelingen Geriatrie, Longgeneeskunde, Cardiologie, Oncologie en Nefrologie. Wekelijks vinden deze gesprekken plaats; in de eerste vier maanden sinds de structurele invoering zijn reeds 42 gesprekken gevoerd. Het is van groot belang dat de daar gemaakte afspraken bekend zijn op het moment dat een acute situatie zich voordoet. Dit betekent dat de hele keten, inclusief bijvoorbeeld de ambulancemedewerker, de huisartsenpost en de spoedeisende hulp op de hoogte moet zijn van de gemaakte afspraken om het gewenste effect te kunnen bereiken. Het is een verantwoordelijkheid van de gehele keten om patiënten hierin te ondersteunen. Om te zorgen dat alle behandelaren over dezelfde informatie kunnen beschikken, wordt deze vastgelegd in het epd. Dit gebeurt via het kopje 'reanimatiebeleid', met mogelijkheid tot verwijzing naar een uitgebreider gesprek, naar een overkoepelend tabblad 'ACP', dat voor alle specialismen toegankelijk is.

Advance care planning is een bekend concept in de palliatieve geneeskunde. Echter, het vroegtijdig exploreren van behandelwensen op een speciaal hiervoor ingericht poliklinisch moment is ons inziens een nieuwe belangrijke toevoeging aan kwalitatief goede en zinnige zorg. ■

## contact

csavelkoul@gmail.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

## web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).