

“Een gewaarschuwd man is er twee waard”, zo wil de volkswijsheid. Vergelijkbaar met “Eerst bezinnen, dan beginnen”. Of “de vooruitziende vrouwen”, nog zo’n begrip uit het verleden. Alle drie geven ze aan dat een beetje vooruitkijken in het leven wel zo nuttig is, dat je beter kan vermijden om onvoorbereid te zijn op toekomstige plannen of ontwikkelingen.

VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING GARANTIE OP KWALITEITSVOL OUDER WORDEN?

door Let Dillen, Jan Steyaert en Jurn Verschraegen

1. Vroegtijdige zorgplanning, een situering

Het voelt niet vreemd om midden oktober 2013 bij het dagblad De Standaard een commerciële bijlage te vinden over erven en schenken met daarin informatie over vastgoed in de erfenis, over generatiewissel voor familiebedrijven en over erfenissen bij gemengde gezinnen. Iedereen sterft eens, en vrijwel iedereen heeft wat materieel bezit dat in een erfenis overgedragen wordt op volgende generaties. Vanuit die zekerheden kan je, zeker in de geest van de geciteerde volkswijsheden, de details van die erfenis maar beter voorbereiden door het opmaken van een testament en dat op de juiste plaats te laten registreren. En voor die situaties waar iemand dat naliet te doen bepaalde de wetgever de regels voor de verdeling van het nagelaten vermogen.

Maar er komen natuurlijk ook andere dingen kijken bij de dood en bij het levenseinde. Het gaat lang niet altijd en wellicht lang niet hoofdzakelijk over die materiële welvaart en de verdeling daarvan. Het gaat over de medische verzorging

die je nog wel of niet zou willen in bepaalde situaties, over de vraag of je kunstmatige vocht- en voedseltoediening wil als je in een coma terecht komt, of je nog reanimatie wil in situaties die uitzichtloos zijn, het gaat om een standpunt innemen over euthanasie, over orgaandonatie, over de vraag of je al dan niet thuis wil sterven (als die mogelijkheid zich aandient), vragen inzake wensen en verwachtingen wat betreft begrafenis of crematie. Of wie jou inzake al deze beslissingen kan vervangen als je zelf niet meer in staat bent je mening te uiten. Keuzen op deze terreinen maken en kenbaar maken aan naasten is iets wat we allemaal kunnen doen, eens komt immers de tijd dat die keuzen relevant worden.

Maar in praktijk doen wellicht maar weinigen dit. De paradox ontstaat dat wel veel mensen hierover zouden willen praten, maar er toch sprake is van grote terughoudendheid. Levensende en de dood blijven een beetje een luguber en eng thema waar we liever niet aan denken of over praten. Met de vooruitgang in de geneeskunde en veiligheid is echter het aantal plotse overlijdens sterk teruggedrongen. In België zou ruim twee derde van alle overlijdens een 'aangekondigde

dood' zijn waaraan een ziekte- en/of zorgproces aan voorafgaat. Dat deel van de bevolking krijgt dus een waarschuwing, weet dat de dood er aan komt, en kan alsnog het levenseinde overdenken en er eigen keuzes in maken.

Het bespreekbaar maken en bespreken van deze thema's over het levenseinde is de focus van vroegtijdige zorgplanning of advance care planning. De oorsprong daarvan moeten we zoeken in de opkomst van patiëntenparticipatie, de kritiek op levensduur als enige kwaliteitskenmerk en het ongenoegen rondom wilsverklaringen.

“Nog niet zo lang geleden was het inzicht van ‘Mijnheer Dokter’ heilig en werd er in de spreekkamer geen inspraak geduld of verwacht.”

Dat patiënten participeren in hun eigen gezondheidszorg en mee beslissen over de behandelingen die ze wel of niet krijgen is van behoorlijk recente datum. Nog niet zo lang geleden was het inzicht van ‘Mijnheer Dokter’ heilig en werd er in de spreekkamer geen inspraak geduld of verwacht. Door verhoging van de scholingsgraad en democratisering van de toegang tot (gezondheids)informatie kwamen de verhoudingen tussen artsen en hun patiënten anders te liggen, en kwam er een einde aan het doorgeschoten medische paternalisme. Dat leidde uiteindelijk in 2002 tot drie belangrijke wetten die de patiënt beduidend meer rechten gaven. Het gaat dan om de wetgeving rond patiëntenrechten die onder meer ingaat op de vrije keuze van zorgverstrekker, het recht op informatie en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. In datzelfde jaar traden ook de euthanasiewet en de wet op palliatieve zorg in werking.

Onze levensverwachting is de afgelopen eeuw enorm gestegen. Een burger had in 1913 een levensverwachting van ongeveer 50 jaar, een eeuw later is dat in 2013 ongeveer 80 jaar. Op een eeuw tijd hebben we er dus zo maar even 30 jaar leven bij gekregen. De oorzaken voor deze stijging waren meervoudig: dalende kindersterfte, betere hygiëne en voeding en betere gezondheidszorg. Die gezondheidszorg werd erg enthousiast van deze ontwikkeling en begon bij elke patiënt hardnekkig te strijden voor zo lang mogelijk le-

ven. Daar kwam kritiek op omdat lengte van leven niet het enige zaligmakende criterium is. Met het ontstaan van het begrip ‘quality of life’ werd duidelijk dat het ook om kwaliteit van leven gaat, en niet uitsluitend om kwantiteit. Ook het afgeleide begrip ‘quality of death’ geeft dit aan.

“Beide ontwikkelingen, de opkomst van patiëntenparticipatie en het loslaten van levensverwachting als enige belangrijk criterium leidden tot aandacht voor keuzes inzake het levenseinde.”

Beide ontwikkelingen, de opkomst van patiëntenparticipatie en het loslaten van levensverwachting als enige belangrijk criterium leidden tot aandacht voor keuzes inzake het levenseinde. Daarvoor ontstonden wilsverklaringen waarin de burger zijn wensen kenbaar kon maken. Dat werd echter snel een bureaucratisch gebeuren dat de discussies over die keuzes erg verengde. De formulieren waren een middel, maar werden een doel op zich. Vroegtijdige zorgplanning wil terug de focus leggen op het proces van overleg tussen patiënt, zijn naasten en zijn zorgverleners over de gewenste zorg rondom levenseinde. Zorgplanning werd terug een werkwoord, een continue overleg dat een vertrouwensband opbouwt tussen patiënt, zijn onmiddellijke naasten en zijn belangrijkste zorgverlener, meestal de huisarts. Een neergeschreven wilsverklaring kan daarvan het resultaat zijn, maar nooit dat proces van overleg en vertrouwen opbouwen vervangen.

2. Vroegtijdige zorgplanning en dementie

Dokter Henri Janssens (85) is huisarts. Hij kan terugblikken op een rijkgevuuld en Bourgondisch leven. Hij was een type arts voor wie de patiënt centraal stond en waarvoor hij zo nodig zijn slaap liet. Een tikje autoritair ook. Opvallend was dat zijn vrouw hem nog steeds met ‘dokter’ aansprak, ook al zag hij de laatste jaren niet zoveel patiënten meer. Zij en hun familie droegen hem op handen, want wanneer er bijvoorbeeld iemand stervende was, stapte hij het gezin binnen en schonk hen de nodige zorg en begeleiding. “Dokter Janssens kan luisteren”, zei men in zijn omgeving. Het laatste jaar ging het wat minder met dokter Janssens. Hij viel af en toe, en de dokters-

woning was met zijn niveaoverschillen niet meteen het toonbeeld van seniorenvriendelijke architectuur. Zijn echtgenote nam geruisloos de rol op van mantelzorgster toen daarenboven nog bleek dat hij zich regelmatig van dag vergiste, doelloos begon rond te wandelen en 's nachts wakker werd omdat hij vermoedde dat één van zijn patiënten hem nodig had. Een bezoek aan de geheugenkliniek bevestigde dat er meer aan de hand was dan gewone vergeetachtigheid. Het woord Alzheimerdementie viel. Het werd hem meegedeeld door de specialist maar het drong op dat moment niet echt door. De keuze van zijn echtgenote om hem naar een dagverzorgingscentrum te laten gaan had ze nog met hem besproken, maar ze vertelde dat hij het al vergeten was en dat zijn reactie eerder berustend was. Ooit had hij wel eens aan zijn zus gezegd dat hij nooit in een woonzorgcentrum zou willen wonen, maar dat was erg lang geleden. De eerste dagen in het centrum waren dan ook erg confronterend. Een medewerker sprak dokter Janssens met zijn voornaam aan en maande hem aan in de fauteuil te blijven zitten wanneer hij aanstalten maakte om 'patiënten te gaan zien'. Een medewerker beklagde zich ook over zijn autoritaire gedrag naar andere bezoekers tijdens de maaltijd. Zijn adagium 'als je eet, praat je niet' werd niet door iedereen strikt opgevolgd en dat leidde tot een conflict waarbij men hem aan een andere tafel plaatste. Zijn echtgenote vroeg om een gesprek bij de sociale dienst...

Bovenstaande casus is zeker niet te veralgemenen, maar het toont wel aan hoe geruisloos dementie het leven van mensen binnensluipt en de rollen in het gezin omkeert. De hulpvaardige arts wordt zelf patiënt en heeft ondersteuning nodig. En heel vaak blijkt dat er nooit of eerder vaag werd gecommuniceerd over doelstellingen en keuzes over de wijze waarop iemand wenst verzorgd, ondersteund en begeleid te worden op het moment dat men niet meer in staat is om voor zichzelf te zorgen. Individuele benadering riskeert dan generalistisch te worden. Zorg op maat is dan een holle slogan. Wat is die 'op maat' immers als blijkt dat er voorafgaand geen dialoog is geweest tussen de persoon zelf, zijn familie en eventuele zorgverleners? Hoe kan je als hulpverlener komen tot een persoonsgerichte zorg wanneer je onvoldoende zicht hebt op wensen en voorkeuren van mensen met dementie? Kitwood spreekt over dementie als een optelsom van de neurologische stoornis, de gezondheid, de levensgeschiedenis, de persoonlijkheid en de sociale psychologie. Het ultieme doel van persoonsgerichte zorg is het behoud van persoon-zijn. Zeker als de communicatie wegvalt of het begrip over de huidige situatie onvoldoende

doordringt kan dat een probleem zijn. Het respecteren van de keuze van mensen kan natuurlijk pas wanneer je ervan op de hoogte bent. En daar wringt het schoentje: wie wil er in goede gezondheid met zijn naasten praten over de laatste levensfase? In november 2009 organiseerde de Koning Boudewijnstichting enkele focusgroepen over vroegtijdige zorgplanning. Enkele uitspraken van burgers: "Ik denk er liever niet aan. Het schrikt me te zeer af", "Je moet daar niet te veel aan denken. Je moet het leven zijn gang laten gaan." "Als het goed gaat heb je het liever over de volgende vakantie dan over de ziekte." "Plannen is rechtlijnig terwijl het leven kronkelt".

Bij dementie komt daar dan nog bij dat de wensen die men vooraf had mogelijk op een andere manier worden beleefd. Waar men op voorhand in gesprekken met de omgeving heeft aangegeven dat men niet wenst oud te worden met dementie is het niet evident om bij een diagnose daarover te spreken. Hoe moeilijk is het overigens om te interpreteren hoe iemand zich voelt als het dementieproces verder vordert? Wat te doen wanneer er enkel non-verbaal contact mogelijk is?

“Het zegt ons iets over het vraagstuk van de dringendheid van keuzes ten opzichte van de groeiende wilsonbekwaamheid ten gevolge van dementie.

Met andere woorden: wanneer is het het juiste moment om het gesprek over het levenseinde aan te gaan?”

Een bijkomend probleem is er ook voor mensen die alleenstaand zijn. Zij hebben niet altijd iemand in hun nabije omgeving die bijvoorbeeld de eerste tekenen van dementie opmerkt, laat staan kan spreken over wensen in het kader van vroegtijdige zorgplanning.

Het zegt ons iets over het vraagstuk van de dringendheid van keuzes ten opzichte van de groeiende wilsonbekwaamheid ten gevolge van dementie. Met andere woorden: wanneer is het het juiste moment om het gesprek over het levenseinde aan te gaan? Op het moment van de diagnose of nog voor er ook maar sprake is van dementie? En wie start het gesprek?

Bij een diagnose van dementie spreken we naast de klinische diagnostiek ook over de zorgdiagnose. Beiden horen hand in hand te gaan in het patiëntencontact. Het concept zorgdiagnose kan een opening bieden om dit gesprek aan te gaan. Het gaat immers uit van de mogelijk gewenste hulp en ondersteuning waarbij ook autonomievraagstukken aan bod kunnen komen zoals autorijden, zelfstandig wonen, hulp aanvaarden, enz. Vandaag zijn artsen er meer en meer van overtuigd om, ondanks de negatieve connotatie die rond het ziektebeeld hangt, de diagnose met de patiënt te bespreken. Het gesprek over wensen en preferenties heeft hier zijn plaats: gedoseerd en met respect voor de persoon zelf.

“Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie is precair omdat de basis ervan bij de communicatie ligt.”

Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie is precair omdat de basis ervan bij de communicatie ligt. Multidisciplinair overleg, samen met de huisarts kan hierbij nuttig zijn met dien verstande dat het zorgdossier samen met de wensen van de persoon met dementie, de betrokkene ook steeds volgt.

Vorming rond de wijze waarop vroegtijdige zorgplanning een tijdige plaats krijgt binnen de professionele zorg en begeleiding van de persoon met dementie is eveneens van groot belang, dit in nauw overleg met de belangrijke naasten van de betrokkene, zonder de persoon uit het oog te verliezen. Dit moet alleszins recht doen aan de behoefte om als mens continu ‘gehoord’ te worden. Op zich is dat al een uitdaging.

3. Vroegtijdige zorgplanning (VZP) en palliatieve zorg

Zoals in de studie van Deliëns, Van den Block en collega's (2009) wordt opgemerkt, bestaan er in de (inter)nationale literatuur zeer uiteenlopende omschrijvingen van het begrip VZP. De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV, 2011) stelt volgende definitie voor: “VZP is een proces van continu overleg dat gericht is op het uitklaren van waarden en wensen van de patiënt ten aanzien van zijn (toekomstige) palliatieve zorg (zorg aan het levenseinde), dat bij voorkeur ook gecommuniceerd wordt met familieleden en/of belangrijke naasten, in het

bijzonder met het oog op het aanduiden van een (benoemde) vertegenwoordiger”. Het doel van VZP is patiënten te helpen om beslissingen te nemen rond die toekomstige zorg voor het geval ze hun wensen hierrond niet meer kunnen uitdrukken. Dementie – zoals hierboven geïllustreerd – vormt een van de concrete aandoeningen waarbij het verlies van het vermogen om wensen uit te drukken erg manifest ingeschreven is in het verloop van de ziekte, en waarbij vroegtijdige zorgplanning dan ook haast vanzelfsprekend en logisch in het zorgtraject past, al vermindert dat de complexiteit ervan geenszins (cf. supra). Vroegtijdige zorgplanning is echter niet beperkt tot aandoeningen waarbij men een vermindering van mentale vermogens kan verwachten; vroegtijdige zorgplanning past immers in de brede context van levensbedreigende ziektes en wordt meestal gebruikt in de context van progressieve aandoeningen en bij te verwachten verslechtering van een aandoening. Hiermee differentieert het zich ook van zorgplanning in het algemeen en raken we meteen de complexiteit van het gehele proces aan. Het vereist van patiënten en hun naasten stil te staan bij het levenseinde, de laatste levensfase, en in te schatten wat ze dan nog wel en niet meer willen aan zorg. Het vergt van hulpverleners complexe vaardigheden op vlak van sensitief, patiëntgericht én familiegericht communiceren. Internationaal en nationaal wordt immers meer en meer de nadruk gelegd op een communicatiebenadering in plaats van de vroegere engere ‘documenten gedreven’ benadering (“als de papieren maar ingevuld zijn”). In wat volgt willen we deze complexiteit ontvouwen en richtlijnen weergeven hoe dit in de praktijk (van palliatieve zorg) vorm kan krijgen.

“Internationaal en nationaal wordt immers meer en meer de nadruk gelegd op een communicatiebenadering in plaats van de vroegere engere ‘documenten gedreven’ benadering”

VZP: een goed idee ...

Het vertrekpunt van VZP is de facilitatie van de autonomie van de patiënt, zodat zijn toekomstige wensen zo veel als mogelijk kunnen uitgevoerd worden eens deze niet meer zelf kan beslissen of zich niet meer kan uiten. Recente onderzoeken

tonen positieve effecten van VZP, zoals minder agressieve medische zorg, betere levenskwaliteit nabij het overlijden, minder ziekenhuisopnames, vaker opnames in gespecialiseerde palliatieve zorgsettings en lagere gemiddelde ziekenhuiskosten. Naast deze effecten op de patiënten zelf blijkt VZP ook positieve effecten te sorteren bij de naasten: het helpt hen om zich voor te bereiden op het nakend overlijden van hun dierbare, om familieconflicten bij te leggen, en bij het rouwen. Zo blijken naasten die betrokken waren bij VZP vaker tevreden te zijn van de zorg, en hadden zij in belangrijke mate minder psychische problemen. Recente studies onderlijnen echter wel dat positieve effecten voornamelijk volgen uit een model van VZP (a) waarbij waarden, doelen en overtuigingen centraal staan in het proces (iets wat patiënten zelf ook beschrijven als voorwaarden om VZP als helpend te ervaren), (b) waarbij het proces gefaciliteerd wordt door ervaren hulpverleners en (c) waarbij de centrale actoren worden betrokken (d.i. patiënten, naasten, en hulpverleners). Met betrekking tot de inclusie van deze sleutelfiguren verschijnen de laatste tijd terecht verscheidene onderzoeken die inzoomen op de ervaringen van de naasten, waarbij de centrale conclusie is dat VZP uitdrukkelijk een patiëntgerichte én familiegerichte aanpak vraagt.

VZP: een goed idee, maar ...

Hoewel een aantal patiënten zelf VZP initiëren, omwille van heel diverse redenen (zoals het niet tot last willen zijn van anderen en bezorgd zijn om het eigen lot vanuit bijvoorbeeld persoonlijke ervaringen of angsten), zijn er ook patiënten die dergelijke gesprekken uitdrukkelijk niet wensen, omdat dat per definitie inhoudt dat ze moeten stilstaan bij een verslechtering van hun conditie. Sommigen beschouwen VZP ook als irrelevant, hebben het gevoel te weinig geïnformeerd te zijn om actief deel te nemen aan de gesprekken, of vertrouwen er op dat hun naasten of het medisch team hun toekomstige zorg het beste vorm kunnen geven. Bovendien ligt een belangrijke uitdaging in het feit dat VZP van de patiënt (en zijn naasten) vereist om stil te staan bij hoe hij in de toekomst zijn ziekte zal ervaren. Naast deze patiëntgerelateerde barrières bestaan er ook bij zorgverleners hindernissen. Zo kunnen zorgverleners terughoudend zijn om VZP te initiëren omdat ze het gevoel hebben dat ze daarmee de dood in het vizier brengen, en zo onnodige stress creëren bij de patiënt en alle hoop wegnemen. Sommige zorgverleners geven ook aan dat ze te weinig kennis hebben van VZP, of denken dat het goed is om de eerste stap aan de patiënt over te laten. Toch wijst

onderzoek aan dat patiënten denken dat zorgverleners het thema moeten aansnijden, wat aantoonde dat een proactieve, sensitieve aanpak nodig is, zo niet blijven de noden van deze patiënten onbeantwoord.

VZP: een goed idee, maar hoe te starten?

Zoals blijkt uit bovenstaande moet VZP aangeboden worden wanneer de patiënt wilsbekwaam is en nog fit genoeg om ook actief deel te nemen aan de gesprekken, en dus voordat relevant verlies van mentale vermogens zich manifesteert. Dat wil ook meteen zeggen dat bij bepaalde ongeneeslijke aandoeningen, zoals dementie, dit reeds vroeg in het ziekte-traject aangeboden kan worden. Maar wat de beste timing is, is onderwerp van verder onderzoek. Momenteel worden wel een aantal triggers onderscheiden die een aanzet kunnen bieden om het proces te (her)starten, zoals de diagnose van een progressieve levensbedreigende aandoening, een verandering of verslechtering in algemene conditie, een verandering in de persoonlijke omstandigheden van de patiënt (vb. opname in een woonzorgcentrum, overlijden van een naaste of vriend), op vraag van de patiënt, op geplande vooraf besproken intervallen om te checken of men nog achter de geformuleerde wensen staat. Deze gebeurtenissen openen een "window of opportunity" voor de aanvang of revisie van VZP, maar het blijft maatwerk, op maat van de patiënt en zijn naasten. En net dat maatwerk vergt dat zorgverleners over de nodige communicatievaardigheden beschikken. VZP omvat immers een proces van gevoelige, complexe en emotionele gesprekken, waarbij men oog heeft voor de verschillende partners (patiënt en naasten), hun waarden, gevoeligheden, rollen, en relatiedynamieken. Het vereist dat zorgverleners niet enkel weten wanneer deze gesprekken te initiëren en dit ook durven, maar het vereist evengoed dat ze aanvoelen wanneer deze gesprekken best niet verder gezet worden of hoe ze de informatie kunnen doseren over tijd en over actoren. Naast deze kunde vergt VZP ook kennis van de mogelijkheden en grenzen van het vastleggen van wensen rond toekomstige zorg. Om professionele zorgvertrekkers hierbij te ondersteunen werd en wordt in de schoot van de Federatie Palliatieve Zorg materiaal ontwikkeld: zo is er de brochure "Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning van de zorg", een richtlijn "Vroegtijdige zorgplanning" in ontwikkeling en wordt er in samenwerking met het Expertisecentrum Dementie en dankzij de Koning Boudewijnstichting momenteel werk gemaakt van de ontwikkeling

van een richtlijn "Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie". De bedoeling is aan beide richtlijnen vormingsmodules te koppelen om ook op maat van hulpverleners te kunnen werken rond het thema.

4. Kansen en aanbevelingen

Vroegtijdige zorgplanning omvat een delicaat proces dat mits gegeden facilitatie de mogelijkheid schept om ervoor te zorgen dat wensen van patiënten rond hun toekomstige zorg zo veel als mogelijk kunnen gerespecteerd worden. Dit kan onder andere via het opstellen van een wilsverklaring en het aanduiden van een vertegenwoordiger. Uit onderzoeken en verhalen van patiënten, hun naasten en zorgverleners komen tot slot volgende praktische richtlijnen voor het VZP proces naar voor: (1) Patiënten, maar ook hun naasten, hebben meestal tijd nodig om na te denken en te reflecteren. Het is dus een proces dat meestal verscheidene gesprekken overspant. Het omvat immers het verhelderen van het begrip van de patiënt rond zijn ziekte en behandelingsopties, het verwerven van inzicht in hun waarden, overtuigingen en zorgdoelen, het identificeren van hun wensen, en indien vereist / gewenst het aanduiden van een vertegenwoordiger; (2) Hoewel de nadruk wordt gelegd op het belang van het bespreken, uitspreken en uitklaren van wat een patiënt/bewoner wil samen met zijn naaste en hulpverleners, is het vastleggen en delen van wat er uit deze gesprekken komt in een document of een patiëntendossier wel belangrijk om continuïteit te kunnen garanderen; (3) Ook VZP heeft grenzen; vermijd daarom de indruk dat men alles

kan anticiperen en plannen; (4) Ga er bovendien niet zomaar vanuit dat anderen VZP hebben geïnitieerd, dat de patiënt of zijn familie het proces wil of kan, en dat er congruentie is tussen de patiënt en zijn naasten; (5) Familieleden hebben veelal een belangrijke rol in de medische zorg en besluitvorming. Besteed daarom de nodige aandacht aan het informeren van familieleden, het aftoetsen van hun zorgen en waarden en aan het zo veel mogelijk op een lijn krijgen van de sleutelfiguren m.b.t. toekomstige zorg; en (6) Tot slot, geef het bespreken van waarden, normen en overtuigingen een centrale plaats in het VZP proces.

Verwijzingen

- www.delatastereis.be
- www.dementie.be
- www.palliatief.be
- www.pallialine.be

Over de auteurs

Dr. Let Dillen is researchcoördinator van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en verbonden aan het Oncologisch Centrum van het UZ Gent.

Prof. Dr. Jan Steyaert is wetenschappelijk medewerker van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en verbonden aan de Master Sociaal Werk van de Universiteit Antwerpen.

Jurn Verschraegen is directeur van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.