

Internationale definitie van advance care planning

Judith Rietjens, Rebecca Sudore, Luc Deliens, Brenda Ott, Michael Connolly, Johannes van Delden, et al.

- Inleiding** Advance Care Planning (ACP) staat sterk in de belangstelling, maar het ontbreekt nog aan een breed geaccepteerde definitie en aan aanbevelingen voor de toepassing ervan. Om die te ontwikkelen hebben wij op uitnodiging van de European Association for Palliative Care (EAPC) een delphionderzoek uitgevoerd.
- Methode** Een taskforce van vijftien leden heeft na een metareview van de literatuur een online vragenlijst gestuurd aan deskundigen en patiëntvertegenwoordigers, met het verzoek zich uit te spreken over een definitie van ACP en over 41 aanbevelingen op vijf domeinen.
- Resultaten** Van de 144 aangeschrevenen vulden er 109 (76%) de vragenlijst in. Van dit panel was 92% het eens met de volgende definitie: 'Advance care planning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien'. De mate van instemming met de aanbevelingen varieerde tussen 68% en 100%.
- Conclusie** In de nieuwe definitie is ACP primair een communicatieproces, dat moet worden aangepast aan de bereidheid van de patiënt om zich met toekomstige doelen en voorkeuren bezig te houden. Deze kunnen specifieker worden geformuleerd naarmate iemands gezondheidssituatie verslechtert. De aanbevelingen hebben daarnaast geresulteerd in een lijst van uitkomstmaten waarmee onderzoeksresultaten kunnen worden vergeleken. Deze nieuwe internationale consensus kan richting geven aan de implementatie van ACP in de (huisartsen)praktijk en in beleid en onderzoek.

ACHTERGROND

Nationaal en internationaal worden er steeds meer richtlijnen en programma's ontwikkeld voor advance care planning (ACP), oftewel vroegtijdige zorgplanning. In Nederland publiceerde de KNMG handreikingen voor artsen en patiënten.^{1,2} De meeste Nederlanders (70%) hebben wel eens nagedacht over het onderwerp en 13% heeft er al eens met hun arts over gesproken.³ Onderzoek – voornamelijk Amerikaans – laat zien dat ACP er inderdaad toe leidt dat de zorg beter is afgestemd op de wensen van patiënten.⁴ Huisartsen zijn, door hun langdurige contact met de patiënt, in een goede positie om in gesprek te blijven over ACP.^{5,6} In acute situaties is het van belang dat de behandelwensen in de laatste levensfase bekend zijn bij alle betrokken zorgverleners en dat de overdracht goed verloopt. Daarvoor staan de huisarts diverse instrumenten en richtlijnen ter beschikking. De Landelijke Adviesgroep Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen (LAEGO) ontwikkelde een toolkit.⁷ De Vereniging van Specialisten Oude-

rengeneeskunde (Verenso) publiceerde een multidisciplinaire richtlijn voor reanimatie bij kwetsbare ouderen.⁸ Er is een Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen.⁹ En Thuisarts.nl bevat een sectie over ACP, al is deze alleen gericht op het levenseinde.¹⁰ De implementatie van ACP kan echter beter: de meeste 75-plussers denken

Rond ACP zijn verschillende termen, definities en aanbevelingen in omloop

wel eens na over de zorg en behandelingen die zij in hun laatste levensfase willen ontvangen, maar slechts weinigen komen tot een ACP-gesprek met de huisarts.¹¹ Rond ACP zijn verschillende termen, definities en aanbevelingen in omloop, in Nederland en daarbuiten. De discussie over ACP, de ontwikkeling van programma's, en



Bij advance care planning is de bereidheid van de patiënt om zich met toekomstige doelen en voorkeuren bezig te houden belangrijk. Foto: iStock

het onderzoek naar de effectiviteit ervan zouden gebaat zijn bij een uniforme definitie van ACP en een breed gedragen consensus over de toepassing ervan. In dit artikel doen we verslag van het proces waarin deze internationale consensus tot stand kwam.

METHODE

Op uitnodiging van de European Association for Palliative Care (EAPC) heeft een internationale taskforce bestaande uit vijftien personen een onderzoek uitgevoerd in vijf rondes

volgens volgens de delphimethode. In de eerste ronde stelden we vast dat we consensus moesten zoeken over zes thema's: de definitie van ACP, de inhoud van het ACP-proces, rollen en taken van de betrokkenen, de timing van ACP, beleid en regelgeving rond ACP, en de evaluatie van ACP. Per thema stelden we aanbevelingen op, waar mogelijk gebaseerd op de bevindingen van een door de taskforce uitgevoerde meta-review. In de tweede en derde ronde legden we de definitie en de aanbevelingen voor aan een panel van 144 internationale deskundigen en patiëntvertegenwoordigers middels een online vragenlijst (de respons was 76%). We vroegen de respondenten de definitie en de aanbevelingen te beoordelen op een schaal van 1 (geheel eens) tot en met 7 (geheel oneens), en suggesties te doen voor verbetering. De vierde delphironde was een consensusronde binnen de taskforce en in de vijfde ronde werd de totale set goedgekeurd door het bestuur van de EAPC. Ons onderzoek is elders in meer detail beschreven.¹² De Engelstalige definities en de aanbevelingen zijn formeel vertaald door vertaalbureau Metamorfose en door de Nederlandstalige auteurs van dit artikel besproken tot overeenstemming werd bereikt over de meest passende formulering en bruikbaarheid voor Nederland en Vlaanderen.

RESULTATEN

Met een panel van 109 deskundigen (82 uit Europa, 16 uit Noord-Amerika en 11 uit Australië) zijn een ACP-definitie en 41 aanbevelingen voor ACP opgesteld. In het delphionderzoek kwamen we tot een korte en een uitgebreide definitie van ACP, en tot 41 aanbevelingen. De uitge-

WAT IS BEKEND?

- Er zijn, ook in de huisartsenpraktijk, diverse richtlijnen en gereedschappen voor de zorg in de laatste levensfase.
- Over de definitie en de beste wijze van uitvoering van advance care planning (ACP) in de laatste levensfase bestond nog geen consensus.

WAT IS NIEUW?

- Een internationaal panel van deskundigen en patiëntvertegenwoordigers ontwikkelde een breed gedragen definitie van ACP.
- Het panel heeft aanbevelingen gedaan voor de toepassing van ACP en voor de evaluatie van het proces.
- Er is een lijst van uitkomstmaten opgesteld zodat onderzoeksresultaten kunnen worden vergeleken.

KADER 1:

CONSENSUSDEFINITIES VAN ADVANCE CARE PLANNING

Korte definitie

Advance care planning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien.

Uitgebreide definitie

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.

breide definitie kan gebruikt worden in onderzoek en opleiding, de korte definitie is vooral geschikt voor de praktijk. De definities worden gepresenteerd in [kader 1], de aanbevelingen in de [tabel]. De korte definitie had de instemming (eens of geheel eens) van 92% van de panelleden, de uitgebreide definitie had de instemming van 88%. De overeenstemming over de aanbevelingen varieerde tussen 68% en 100%. [Kader 2] bevat een praktische uitwerking van de aanbevelingen voor de inhoud van het ACP-proces.

BESCHOUWING

Voor het eerst is er een op internationale consensus gebaseerde definitie van ACP opgesteld en zijn er aanbevelingen gedaan voor de toepassing ervan. Het consensusproces heeft ook geresulteerd in een lijst van uitkomstmaten om resultaten van onderzoeken over ACP te meten en te vergelijken. Deze nieuwe definitie en aanbevelingen kunnen niet alleen richting geven aan de implementatie van ACP in de (huisartsen)praktijk, maar ook aan beleid en onderzoek rond ACP.

Implicaties voor de huisarts

De aanbevelingen geven richting aan de manier waarop ACP kan worden uitgevoerd en geïntegreerd in de huisartsenpraktijk. Nog vaak is onduidelijk wat er wel en niet besproken kan worden in een ACP-gesprek. Voorheen had ACP vooral tot doel de voorkeuren voor zorg en behandelingen aan het levenseinde vast te leggen in een wilsverklaring voor het geval

KADER 2:

KERNELEMENTEN VAN ADVANCE CARE PLANNING

- Ga na wat de betrokkene al weet over ACP. Leg uit wat het doel, de inhoud, de voordelen en de beperkingen zijn van ACP, en hoe de juridische regelgeving rond ACP is.
- Ga na in welke mate de betrokkene bereid is om deel te nemen aan ACP, en pas het proces daarop aan.
- Verken de gezondheidsgerelateerde ervaringen, kennis, zorgen en persoonlijke waarden van de betrokkene op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak.
- Bespreek de doelen van de betrokkene voor toekomstige zorg en behandeling.
- Verstrek, waar nodig, informatie over de diagnose, het te verwachten ziekteverloop, de prognose, en de voor- en nadelen van mogelijke behandelingen en zorgopties.
- Verhelder, waar nodig, doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg en verken hoe realistisch deze zijn.
- Bespreek de mogelijkheid om een vertegenwoordiger aan te wijzen, en dat schriftelijk vast te leggen. Bespreek ook welke ruimte de betrokkene zijn of haar vertegenwoordiger geeft in medische besluitvorming als de betrokkene zelf zijn of haar voorkeuren niet kenbaar kan maken.
- Informeer de betrokkene over de mogelijkheid om waarden, doelen en voorkeuren vast te leggen in een wilsverklaring. Moedig de betrokkene aan om een exemplaar hiervan te verstrekken aan familieleden, de huisarts en eventuele andere zorgverleners.
- Bespreek dat de uitgesproken en vastgelegde doelen en voorkeuren altijd kunnen worden herzien.

de betrokkene wilsonbekwaam zou worden.⁴ In de nieuwe consensus wordt ACP opgevat als een communicatieproces over de doelen van en de voorkeuren voor toekomstige medische zorg. Het kan daarom te overwegen zijn om het ACP-proces te laten ondersteunen door getrainde gespreks-ondersteuners. [Kader 2] geeft aan wat de kernelementen zijn

ACP is primair een communicatieproces over doelen en voorkeuren

van een ACP-gesprek: voorlichting over ACP en de medische situatie van de betrokkene; verkenning van waarden, doelen en voorkeuren voor toekomstige zorg en behandeling; uitleg geven over het eventueel vastleggen van een vertegenwoordiger en van de doelen en voorkeuren. De doelen en voorkeuren van de patiënt kunnen specifiekere worden geformuleerd

Tabel Definitieve aanbevelingen van het panel over advance care planning in de derde delphironde, met instemmingspercentages (n = 109)

Aanbevelingen		%*
<i>Inhoud van het ACP-proces</i>		
1	Als eerste stap in het proces van ACP wordt nagegaan wat de betrokkene over ACP weet, wordt uitgelegd wat het doel, de inhoud, de voordelen en de beperkingen ervan zijn en hoe de juridische regelgeving rond ACP is.	91
2	Het proces van ACP moet worden aangepast aan de mate waarin de betrokkene erop voorbereid is. ^{3,10,24-26}	99
3	Bij ACP worden gezondheidsgerelateerde ervaringen, kennis, zorgen en persoonlijke waarden van de betrokkene op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak verkend. ²⁷⁻²⁹	99
4	Bij ACP worden doelen voor toekomstige zorg en behandeling van de betrokkene besproken. ²⁷	100
5	Waar nodig omvat ACP het verstrekken van informatie aan de betrokkene over diens diagnose, het te verwachten ziekteverloop, de prognose, en de voor- en nadelen van mogelijke behandelingen en zorgopties. ^{9,30}	96
6	Waar nodig worden bij ACP doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg verhelderd en wordt verkend hoe realistisch deze zijn. ^{27,30,31}	83
7	Bij ACP wordt aangegeven dat het mogelijk is een vertegenwoordiger aan te wijzen, die namens de betrokkene kan optreden wanneer deze zijn/haar voorkeuren zelf niet kenbaar kan maken, overeenkomstig het geldende recht. ³²	94
8	Bij ACP wordt besproken welke ruimte de betrokkene zijn/haar vertegenwoordiger geeft in medische besluitvorming als de betrokkene zelf zijn of haar voorkeuren niet kenbaar kan maken, rekening houdend met de situatie van betrokkene op dat moment. ³³⁻³⁵	74
9	Bij ACP kan desgewenst een vertegenwoordiger worden aangewezen, hetgeen ook schriftelijk kan worden vastgelegd. ^{2,32,36}	96
10	Bij ACP wordt de betrokkene geïnformeerd over de mogelijkheid om waarden, doelen en vast te leggen in een schriftelijk document (wilsverklaring), dat in acht wordt genomen bij beslissingen over de medische zorg als de betrokkene zelf zijn/haar voorkeuren niet kenbaar kan maken. ³²	95
11	Bij ACP kan desgewenst een schriftelijke wilsverklaring worden opgesteld. ^{2,32,37-39}	94
12	Bij ACP wordt de betrokkene aangemoedigd om een exemplaar van een eventuele schriftelijke wilsverklaring te verstrekken aan familieleden en zorgverleners.	82
<i>Rollen en taken</i>		
13	Zorgverleners nemen een patiëntgerichte houding aan tijdens ACP-gesprekken. Hiertoe moet het ACP-gesprek worden toegesneden op de gezondheidsvaardigheden, communicatiestijl en persoonlijke waarden van de betrokkene. ^{24,25,40-44}	100
14	Zorgverleners beschikken over de nodige vaardigheden om diagnose, prognose en het naderend overlijden open te kunnen bespreken met de betrokkene en zijn/haar familie. ^{6,27,40,43,45-48}	99
15	Zorgverleners informeren de betrokkene en zijn/haar familie duidelijk over ACP. ⁴⁹	99
16	Een getrainde gespreksondersteuner kan de betrokkene ondersteunen in het ACP-proces. ^{1,50-57} De gespreksondersteuner hoeft geen arts te zijn.	91
17	De start van het ACP-proces, dat wil zeggen het verkennen van de ervaringen, kennis, persoonlijke waarden en zorgen van de betrokkene, kan in een zorgcontext plaatsvinden, maar ook daarbuiten. ^{58,59}	98
18	Deskundige zorgverleners zijn nodig voor het bespreken van de medische aspecten van ACP, zoals de diagnose, de prognose, de behandel- en de zorgopties, de mate waarin de doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandelingen en zorg realistisch zijn, en het documenteren van het gesprek in het medisch dossier. ⁶⁰	68
<i>Timing van ACP</i>		
19	Het is in elke levensfase mogelijk om deel te nemen aan ACP, maar de inhoud ervan kan concreter worden naarmate iemands gezondheidstoestand verslechtert of naarmate mensen ouder worden. ^{9,61-63}	96
20	Aangezien waarden en voorkeuren kunnen veranderen, dienen uitgesproken en vastgelegde doelen en voorkeuren regelmatig te worden herzien, bijvoorbeeld wanneer de gezondheidssituatie van de betrokkene verslechtert, zijn/haar persoonlijke situatie verandert of hij/zij ouder wordt. ^{24,27,61,64-66}	99
21	De mogelijkheid, doelen en inhoud, en de juridische betekenis van ACP dienen onder de aandacht te worden gebracht van het algemene publiek.	96
<i>Beleid en regelgeving</i>		
22	Wilsverklaringen hebben bij voorkeur een gestructureerde opzet, zodat specifieke doelen en voorkeuren eenvoudig kunnen worden teruggevonden in noodsituaties. Daarnaast kan de betrokkene in de wilsverklaring zijn of haar waarden, doelen en voorkeuren omschrijven in open tekstvakken. ^{60,67}	80
23	Zorgorganisaties stellen vast wat geschikte momenten zijn om het ACP-proces in gang te zetten, onder andere gebaseerd op de leeftijd of gezondheidstoestand van betrokkene, of op veranderingen, waaronder overplaatsingen in zorg. ^{9,27,66,68-71}	95
24	Zorgorganisaties zorgen ervoor dat wilsverklaringen op een veilige, en betrouwbare manier in het medische dossier kunnen worden opgenomen, zodat ze eenvoudig kunnen worden teruggevonden, overgedragen en bijgewerkt. ^{27,72-74}	97
25	Overheden, zorgverzekeraars en zorgorganisaties maken passende middelen vrij en bieden organisatorische ondersteuning voor ACP. ^{67,75,76}	100
<i>Evaluatie</i>		
26	Bij de evaluatie van ACP zouden een of meer van de volgende uitkomsten gemeten moeten worden.	
	De kennis van betrokkenen, hun familie en zorgverleners over ACP.	91
	De mate waarin betrokkenen, hun familie en zorgverleners zichzelf in staat achten tot ACP [self-efficacy].	84
	De bereidheid van betrokkenen, hun familie en zorgverleners om deel te nemen aan ACP.	92
	Het vaststellen van doelen en voorkeuren voor toekomstige zorg.	96
	De communicatie over deze doelen en voorkeuren met familie.	96
	De communicatie over deze doelen en voorkeuren met zorgverleners.	98
	Het aanwijzen van een vertegenwoordiger.	92
	Het documenteren van doelen en voorkeuren voor toekomstige zorg.	95
	De herziening van uitgesproken en vastgelegde doelen en voorkeuren in de loop der tijd.	96
	De mate waarin ACP als zinvol en ondersteunend wordt ervaren door betrokkenen, hun familie en zorgverleners.	96
	De kwaliteit van de ACP-gesprekken zoals beoordeeld door betrokkenen, hun familie en zorgverleners.	90
	De tevredenheid over het ACP-proces zoals beoordeeld door betrokkenen, hun familie en zorgverleners.	94
	De medische zorg en behandeling die volgt op het ACP-proces.	83
	De mate waarin deze zorg en behandeling overeenstemt met de door de betrokkene benoemde doelen en voorkeuren.	92
27	Er moeten instrumenten geïdentificeerd of ontwikkeld worden waarmee de hiervoor genoemde uitkomsten kunnen worden gemeten, zodat bevindingen kunnen worden samengevoegd en vergeleken. Deze instrumenten moeten voldoen aan psychometrische kwaliteitseisen, ze behoren beknopt te zijn en indien nodig dienen ze te worden gevalideerd in de verschillende populaties. ⁷⁷	89

De referenties bij de aanbevelingen zijn te raadplegen in de originele publicatie.¹²

* Percentage van de panelleden dat 'geheel eens' of 'eens' antwoordde.

naarmate diens gezondheidssituatie verslechtert.

Bij het laatstgenoemde aspect kan Thuisarts.nl behulpzaam zijn, met een overzicht van Nederlandse wilsverklaringen.¹⁰ Bij voorkeur heeft de wilsverklaring een gestructureerde opzet, zodat men de specifieke voorkeuren van de patiënt snel kan terugvinden, én open tekstvakken waarin de patiënt de eigen waarden, doelen en voorkeuren kan beschrijven. Behandelenwensen en wilsverklaringen kunnen in het elektronisch patiëntendossier worden vastgelegd onder ICPC-code A20 (Gesprek levenseinde/behandelwensen). Het opstellen van een goede, actuele overdracht voor de huisartsenpost en voor tweedelijns en andere relevante zorgverleners is hierbij van belang.

De nieuwe definitie maakt duidelijk dat ACP niet alleen in de laatste levensfase, maar ook in eerdere stadia relevant kan zijn. De huisarts kan daarbij een centrale rol vervullen; de *LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen* geeft een overzicht van geschikte momenten om een gesprek te starten, dat ook gebruikt kan worden als leidraad voor algemene gesprekken over ACP.⁹ Geschikte momenten zijn bijvoorbeeld een sterke verandering in de gezondheidstoestand, overplaatsing naar een verpleeghuis of ziekenhuis, of de verwachting dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van ons onderzoek zijn het hoge responspercentage, de grote mate van consensus en de brede toepasbaarheid van de definitie en de aanbevelingen. Enkele beperkingen zijn er ook. Zowel de gebruikte literatuur als de deelnemers aan het panel waren voornamelijk afkomstig uit westerse landen, zodat de definitie en de aanbevelingen nog gevalideerd moeten worden voor andere landen en culturen. Anderzijds betekent het internationale karakter van de consensus dat de aanbevelingen niet specifiek voor de Nederlandse context zijn opgesteld en relatief algemeen zijn geformuleerd. We bevelen aan om de aanbevelingen verder uit te werken voor implementatie in specifieke populaties en voor specifieke doeleinden, bijvoorbeeld als onderlegger voor een ACP-gesprek, als lesmateriaal voor huisartsen in opleiding of als voorlichtingsmateriaal voor patiënten.

CONCLUSIE

Een breed gedragen definitie van ACP en consensus over het ACP-proces zijn belangrijk voor de praktijk, het beleid en het onderzoek op dit terrein. Wij hopen dat onze aanbevelingen ertoe zullen leiden dat wilsonbekwame patiënten de zorg en behandeling krijgen die passen bij hun eigen wensen en voorkeuren. ■

LITERATUUR

1. Tijdig praten over het levenseinde: handreiking om met de patiënt het gesprek aan te gaan over grenzen, wensen en verwachtingen rond het levenseinde. 3e versie. Utrecht: KNMG, 2017.
2. Spreek op tijd over uw levenseinde [brochure]. Utrecht: KNMG, 2012.
3. Raijmakers NJ, Rietjens JA, Kouwenhoven PS, Vezzoni C, Van Thiel GJ, Van Delden JJ, et al. Involvement of the Dutch general population in advance care planning: a cross-sectional survey. *J Pall Med* 2013;16:1055-61.
4. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Pall Med* 2014;28:1000-25.
5. Ott B, Van Thiel GJ, De Ruiter CM, Van Delden JJ. Kwetsbare ouderen en advance care planning. Wanneer beginnen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8295.
6. Ott B, Van Thiel GJ, Van Delden JJ. Advance care planning bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2014;57:650-2.
7. Guldemond F, Ott B, Wind A. Toolkit advance care planning mbt het levenseinde. Utrecht: NHG/LAEGO, 2017.
8. Multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie, deel 1: samenvatting en aanbevelingen. Utrecht: Verenso, 2013.
9. Van Delden JJ, De Ruiter CM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56:S1-7.
10. Ik wil nadenken en praten over mijn levenseinde. Utrecht: NHG, 2013. www.thuisarts.nl, geraadpleegd mei 2018.
11. Van der Plas A, Eliel M, Onwuteaka-Philipsen B. Advance care planning in de huisartsenpraktijk: denken en praten ouderen over behandelwensen? *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, september 2017;4.
12. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18:e543-51.

Rietjens JA, Sudore RL, Deliens L, Ott B, Connolly M, Van Delden JJ, et al. Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts Wet* 2018;61(8):DOI:10.1007/s12445-018-0224-y.
Erasmus MC, Rotterdam: J.A.C. Rietjens, jrietjens@erasmusmc.nl; A. van der Heide; I. Korfaag. University of California, San Francisco: R.L. Sudore. University College, Dublin: M. Connolly. UMC Utrecht, Julius Centrum: J.J. van Delden. University of North Carolina, Chapel Hill: M.A. Drickamer. Queen's University, Kingston [Ontario]: D.K. Heyland. Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Gent: D. Houttekier; L. Deliens. Maastricht UMC+, Expertisecentrum Palliatieve Zorg: D.J.A. Janssen. Ospedale Carlo Poma, Mantua: L. Orsi. Lancaster University: S. Payne. University of Sheffield: J. Seymour. Ludwig-Maximilians-Universität, München, en Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne: R.J. Jox.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, Van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al.; European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18(9):e543-51. Publicatie gebeurt met toestemming.