

Proactieve zorgplanning

Beleid voor en door zorgprofessionals
regio Apeldoorn & Zutphen



Terug naar de inhoud >>

Inhoud

Uit de praktijk	3
Voorwoord	4
Regionale procesafspraken	5
Proactieve zorgplanning in 4 stappen	6

Samengesteld door de werkgroep

Laura Berends, Vèrian

Marianne de Roo, Zorggroep Apeldoorn

Linette Koster, Huisartsen Organisatie Oost Gelderland (HOOG)

Alexandra Kors, Gelre ziekenhuizen

Mirjam Kooistra, Huisartsen Organisatie Oost Gelderland (HOOG)

Marleen de Lange, Netwerk Palliatieve Zorg regio Zutphen

Berdine Koekoek, Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe



Het voorbeeld van mevrouw Jansen beschrijft waarom we proactieve zorgplanning willen gaan implementeren met alle zorgverleners in de regio Zutphen en Oost-Veluwe, zowel voor ons als zorgverleners, als voor de patiënt* en zijn of haar naasten.

Mevrouw Jansen is 85 jaar. Ik ken haar als een vriendelijke zelfstandige vrouw, met een rimpelig gezicht en een vrolijke twinkeling in haar heldere ogen. Zij zit altijd in haar kleine keukentje, waar een klein tafeltje staat met twee houten stoelen. Op het tafeltje ligt een plastic zeiltje, en op een plankje in de keuken bewaart zij altijd haar medicijnen. De medicijnen doet ze iedere zondag in een weekdoos, en ze slikt trouw alles wat haar is voorgeschreven. De communicatie met haar is soms wat lastig, omdat zij het plaatselijke dialect spreekt, een beetje binnensmonds en ik haar niet goed versta. Mevrouw Jansen is heel eenvoudig, ze heeft de lagere school niet afgemaakt en kan niet goed lezen en schrijven. Ze vraagt nooit veel aandacht, ze klaagt nooit ergens over en woont heerlijk in haar kleine huisje. Haar dochter doet 1x per week de boodschappen, een beetje eten

koken en wat poetsen doet ze zelf. Wassen en aankleden doet ze ook zelf. Ze is veel alleen, maar voelt zich niet eenzaam. Ze weet eigenlijk niet wat dat is, eenzaam. Ik bezoek haar een paar keer per jaar, maar veel verder dan even de bloeddruk meten, soms longen luisteren als ze verkouden is, het praten over de parkiet en haar dochter, zijn we niet gekomen. Dochter geeft aan dat ze het idee heeft dat ze wat meer vergeetachtig wordt, ook loopt ze wat wankeler. Een stok of rollator wil ze niet.

Dan krijgt ze de griep, heeft koorts en is aan het hoesten. Omdat ik toch denk aan een longontsteking, start ik met antibiotica. In het weekend wordt ze zieker en benauwder, en komt ze haar bed niet uit. De dienstdoende huisarts stuurt haar in naar het ziekenhuis. Ze gaat met de ambulance. In het ziekenhuis gaat ze verder achteruit, en wordt opgenomen op de intensive care. Na 2 dagen op de i.c. overlijdt ze. Ik bel met haar dochter om haar te condoleren. Zij heeft vrede met het feit dat moeder is overleden, ze had een prachtige leeftijd bereikt en een mooi leven gehad. Maar wat had ze graag thuis willen overlijden, het was toch wel jammer dat dat niet gebeurd was. Zowel in de ambulance als op de eerste hulp

hadden ze haar (de dochter) gevraagd wat het beleid was, en ze had het niet geweten, ze wilde haar moeder niet verliezen en was bang dat als haar moeder niet op de i.c. opgenomen zou worden, zij dan haar moeder zorg zou ontnemen, een kans op herstel. Ze had de vraag zo moeilijk gevonden op dat moment...

Niet alleen voor de dochter waren deze vragen moeilijk op dat moment. Ook voor de behandelend artsen was het lastig om bij deze, voor hen onbekende, zieke, beetje vergeetachtige patiënte deze vragen te moeten stellen, deze beslissing te moeten nemen. Waren hierover er één of meerdere gesprekken geweest in een eerder stadium, met uitleg over dat op een bepaalde leeftijd niet meer alles hoeft wat kan, dat het ook niet altijd beter is, dan was niemand overvallen geweest. Dan was er rust geweest. Misschien had deze mevrouw in haar eigen huis kunnen sterven. Misschien ook niet. Maar het nadenken over de toekomst, geeft rust. Voor alle betrokkenen: patiënt, familie en zorgverleners.



* In dit document wordt de term 'patiënt' gehanteerd. Waar van toepassing kan hiervoor ook 'cliënt', 'gast' of 'zorgvrager' worden gelezen.

Elke patiënt en zorgverlener is uniek, en geen enkel gesprek over proactieve zorgplanning verloopt hetzelfde. Dat maakt het onderwerp zowel waardevol als uitdagend. Een ervaring van ons, zoals hierboven beschreven, illustreert treffend hoe groot de impact kan zijn wanneer zo'n gesprek te laat wordt gevoerd - een herkenbare situatie voor velen in de zorg.

Proactieve zorgplanning draait om signaleren, markeren, communiceren én anticiperen. Het stelt ons in staat om zorg op maat te leveren, met respect voor de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Zo kunnen mensen verblijven en sterven op de plek die zij verkiezen, wordt onder- of overbehandeling voorkomen en blijven keuzes gezamenlijk en weloverwogen.

In 2021 introduceerden we de Toolkit HOOG: een praktisch hulpmiddel voor huisartsen en praktijkondersteuners om proactieve zorgplanning met patiënten te bespreken. Sindsdien heeft dit onderwerp steeds meer aandacht gekregen in de zorgpraktijk en de media. Zorgverleners werken intensiever samen, er zijn nieuwe vergoedingen voor Proactieve Zorgplanning-gesprekken en de bewustwording rondom tijdige en passende zorgkeuzes groeit.

Deze positieve ontwikkelingen hebben geleid tot een regionale samenwerking tussen zorgpartijen in de regio Zutphen en Oost-Veluwe om dit met elkaar verder vorm en invulling te gaan geven. Voor u ligt hiervan het eerste product, een beleidsdocument proactieve zorgplanning. In dit beleidsdocument staan de regionale samenwerkingsafspraken over proactieve zorgplanning beschreven. Dit document vormt de basis waarop voor elke organisatievorm nog een concrete uitwerking in de vorm van een toolkit komt. In deze toolkit staat voor die organisatievorm de specifieke werkwijze beschreven.

Met dit beleidsdocument bieden we zorgverleners gerichte en bruikbare informatie om proactieve zorgplanning effectief vorm te geven. Wij hopen dat dit document de opstart is naar het voeren van waardevolle en betekenisvolle gesprekken!

Huisartsen en kaderartsen palliatieve zorg

Marieke Dijkzeul, Joke Breugem, Marijke den Braven

Regionale procesafspraken

Stap 1. Signalering

- Check of er al eerder een PZP-gesprek is gevoerd en of dit nog actueel is
- Patiënt uitnodigen, > **informatiefolder** verstrekken ter voorbereiding
- Plan voldoende tijd in

Stap 2. Het gesprek voeren

- Heeft patiënt vragen n.a.v. de informatie-folder?
- Stem het gesprek af op de urgentie en belastbaarheid van de patiënt; plan zo nodig een vervolgspraak
- Exploreer belangrijke gespreksonderwerpen (> zie gesprekskaart)

Stap 3. Afspraken vastleggen

- Beschrijf behandelwensen en -grenzen concreet (> **gebruik terminologie richtlijn**)
- Geef gespreksverslag/kopie mee aan patiënt of verwijst naar online patiëntenportaal

Stap 4. Afspraken delen

- Leg (behandel)afspraken vast op een herkenbare plek in het dossier
- Informeer ketenpartners en stimuleer patiënt om naasten te betrekken
- Herzie bij veranderingen in situatie of wensen
- PZP maakt deel uit van de reguliere overdracht

Huisarts

Registratie

- Episode aanmaken: ICPC-code 'A20
- In Episode tekstregel: RIZA (Reanimatie-IC, Ziekenhuisopname, Antibiotica)
- VIP-live: PZP-document (inzicht HAP)

Informatie delen

Samenvatting afspraken VIP-live delen via Zorgdomein met ziekenhuis en thuiszorg

Toolkit HOOG

Ziekenhuis

Registratie

- In HIX → proactieve zorg module

Informatie delen

→ **Huisartsen** → Uit HiX via huisartsenbrief in Edifact bericht in werklijst
→ **VVT** → Via gebruikelijke communicatielijnen

Toolkit Ziekenhuis

VVT

Registratie

- Intramuraal → In het medisch- en zorgdossier
- Extramuraal → In het Zorgdossier

Informatie delen

→ **Ziekenhuis** → Via Zorgdomein
→ **Huisartsen** → Via OZO, veilig mailen, post of zorgdomein*

Toolbox VVT

* Dit vraagt nog verdere uitwerking



○ Stap 1: Signalering

1.

Opmerken dat een gesprek nodig is

Als zorgprofessional heb je een sleutelrol in het signaleren van de noodzaak voor een proactief zorgplanningsgesprek. Eén van de hulpmiddelen voor het markeren van de palliatieve fase is de **dubbele surprise question**:

1. *Zou het mij verbazen als deze zorgvrager binnen een jaar overlijdt?*
2. *Zou het mij verbazen als deze zorgvrager over een jaar nog leeft?*

Je kunt een proactief zorgplanningsgesprek ook eerder beginnen als je bepaalde indicatoren of kenmerken signaleert. Bijvoorbeeld als zorgvragers zelf signalen geven door te praten over een wilsverklaring of twijfelen over een behandeling.

De > **signaleringskaarten** (per ziektebeeld) kunnen hierbij helpen.

In deze stap geef je de zorgvrager heldere informatie over wat proactieve zorgplanning inhoudt, en waarom het fijn kan zijn om wensen en keuzes op tijd te bespreken.

Signaleringskaarten voor professionals

Algemeen

Verstandelijke beperking

COPD

Dementie

Hartfalen

Parkinson

Hulpmiddelen voor patiënten en naasten

Spel Kiezen & delen

Patiënten federatie

Praat vandaag over morgen



○ Stap 2: Het gesprek voeren

2.

Samen praten over wensen en grenzen

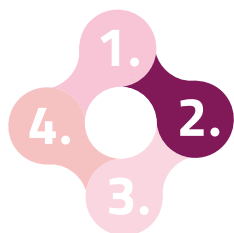
In een proactief zorgplanningsgesprek praat je samen met de zorgvrager (en eventueel een naaste) over wat belangrijk is in het leven én in de zorg. Wat wil iemand nog wel of juist niet meer? Welke behandelingen passen nog bij iemands wensen en welke niet?

De huisarts (regiebehandelaar) of medisch specialist/behandelaar* bespreekt medische keuzes, zoals wel of geen reanimatie of ziekenhuisopname. De (wijk en/of palliatieve zorg) verpleegkundige kan helpen bij het bespreken van wensen over dagelijkse zorg.

Je kunt de zorgvrager ondersteunen door duidelijk informatie te geven, bijvoorbeeld met folders of websites. Goed voorbereiden helpt om samen tot duidelijke afspraken te komen. In deze stap geef je de zorgvrager heldere informatie over wat proactieve zorgplanning inhoudt, en waarom het fijn kan zijn om wensen en keuzes op tijd te bespreken.

Hulpmiddelen

- Informatiefolder
- Notitieboekje Wat ik wil zeggen
- Draaiboek publieksvoorlichting
- Landelijke richtlijn proactieve zorgplanning
- Gesprekskaart algemeen
- Gesprekswijzer dementie en vergeetachtigheid



* Onder behandelaar kan ook een A(N)IOS, Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant verstaan worden.O

○ Stap 3: Afspraken vastleggen

3. Zorgen voor duidelijkheid

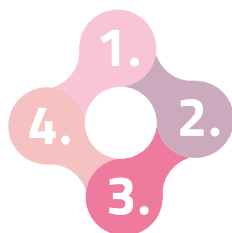
Wat je samen met de zorgvrager hebt besproken, wordt goed vastgelegd. Zorgwensen kan de (wijk en/of palliatieve zorg) verpleegkundige of arts opschrijven, medische behandelwensen worden altijd door een arts vastgelegd. Ook noteer je wie de contactpersoon of vertegenwoordiger is, voor als de zorgvrager zelf geen keuzes meer kan maken.

Iedere organisatie werkt in haar eigen dossier of EPD, maar in de regio spreken we wél over dezelfde onderwerpen. Deze onderwerpen zijn gebaseerd op het landelijke formulier uniform vastleggen proactieve zorgplanning. Zo zorgen we voor samenhang en duidelijkheid in de zorg.

Geef de zorgvrager altijd een kopie van de afspraken mee en leg uit dat deze ook in het digitale dossier staan. Vraag of de afspraken gedeeld mogen worden met andere zorgverleners, vooral de huisarts, die in deze regio eindverantwoordelijk is. Moedig ook aan om de afspraken met naasten te delen.

Hulpmiddelen

- Wilsverklaring behandelwensen
- Euthanasieverklaring
- Uniform vastleggen proactieve zorgplanning
- Folder wel of niet reanimeren?



○ Stap 4: Afspraken delen

4.

Iedereen goed op de hoogte

Als de zorgvrager het goedvindt, deel je de gemaakte afspraken met andere zorgverleners die betrokken zijn. Zo weet iedereen wat belangrijk is voor deze persoon, dat geeft rust en voorkomt onduidelijkheid. Geef een kopie mee, of verwijs naar het online patiëntenportal.

Vooraf de huisarts moet op de hoogte zijn, want die is in onze regio eindverantwoordelijk voor de proactieve zorgplanning. Ook andere zorgverleners kunnen belangrijke informatie delen en ontvangen, zodat de afspraken in alle dossiers hetzelfde zijn.

Controleer regelmatig of de gemaakte afspraken nog kloppen met de wensen van de zorgvrager of diens vertegenwoordiger. En moedig de zorgvrager aan om zelf ook met familie of naasten te praten over de gemaakte keuzes.

Hulpmiddelen

● OZO verbindzorg

● Poster PZP

