

Praktijk ACP bij mensen met een verstandelijke beperking

Annemieke Wagemans en Lea Jaspers



Advance care planning

ACP is een communicatiemiddel en een proces om te spreken over de doelen van de patiënt en de zorg die de patiënt ontvangt in de laatste jaren van het leven (Teno, 1996).



- Doelen, wensen, voorkeuren, maar ook mogelijkheden van toekomstige zorg
- Vastleggen (wilsbeschikking), ook als niets afgesproken wordt, maak een notitie in het dossier
- Opnieuw bespreken

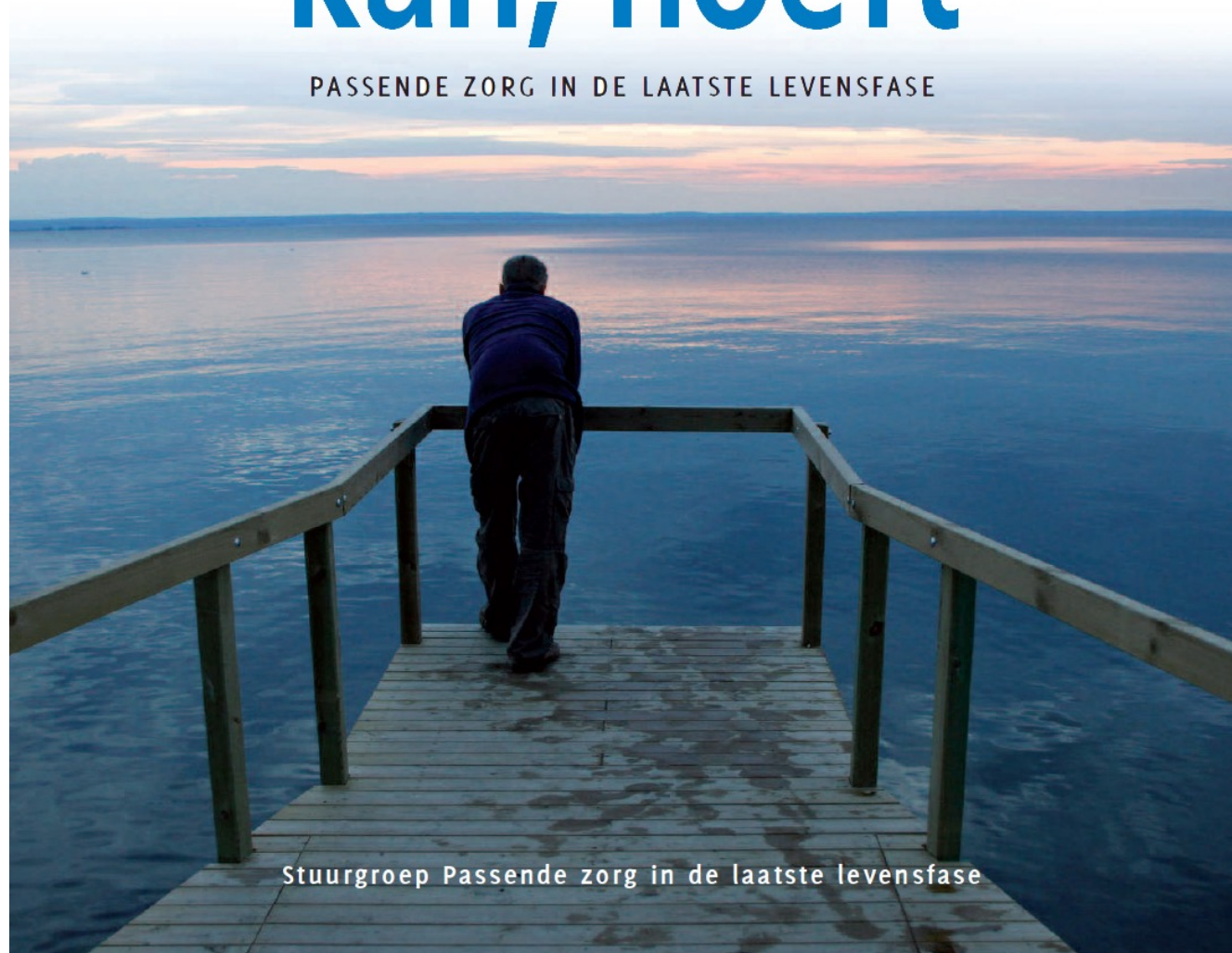
Definitie Palliatieve zorg in het Kwaliteitskader

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of **kwetsbaarheid**, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

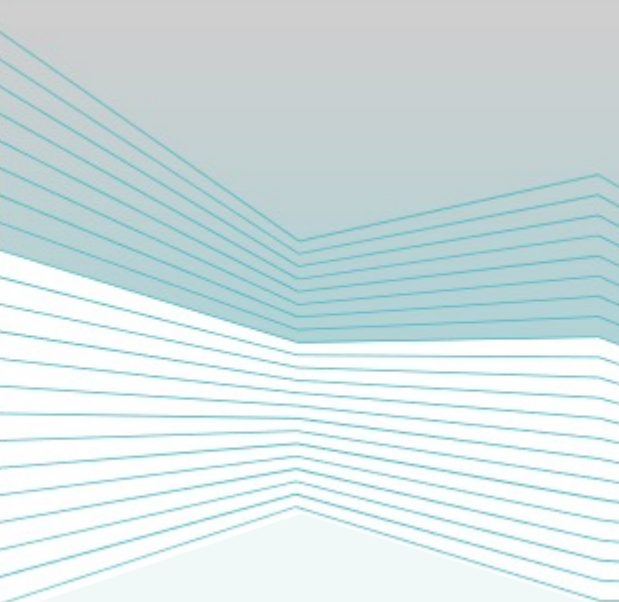
Niet alles wat kan, hoeft

PASSENDE ZORG IN DE LAATSTE LEVENSFASE

Koraal wonen
leren
werken



Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase



Annemieke Wagemans
(AVG, Koraal)



Anke de Veer
(Nivel)



Anique Vogel
(AVG, Pergamijn)



Hille Voss
(Nivel)

De projectgroep



Job Metsemakers
(Maastricht University)



Annemie Courtens
(Expertisecentrum PZ MUMC+)



Anneke Francke
(Nivel /Vrije Universiteit)



Bouwstenen ACP programma

ACP competenties voor zorgverleners:

1. Identificeren van de palliatieve fase
2. Signaleren van symptomen en zorgbehoeften
3. Communiceren over wensen en behoeften
4. Rapporteren van wensen en afspraken
5. Integreren van ACP
6. Rekening houden met de wensen van de cliënt
7. Samenwerken met de cliënt, naasten en zorgverleners
8. Aandacht hebben voor ethische dilemma's
9. Bevorderen van deskundigheid
10. Uitdragen van belang ACP

ACP programma
ontwikkeld samen
met de praktijk

ACP programma: training

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Voor wie: | Professionals zoals begeleiders, verpleegkundigen, artsen, gedragsdeskundigen en geestelijk verzorgers |
| Omvang: | 6 uur |
| Opzet: | Twee groepsbijeenkomsten van 2 uur Vorbereiding en oefeningen tussen de 2 bijeenkomsten Consultatiegesprek over toepassing in de organisatie Een informatiepakket Mogelijkheid tot consulteren docent gedurende trainingsprogramma |

Tips bij gebruik format advance care planning bij mensen met een verstandelijke beperking.

Naasten

- Naasten vinden het belangrijk dat...
- Naasten willen vermijden dat...

Professionals, onderwerpen voor gesprek

- Huidige situatie patiënt (wat ziet professional, wat ziet naaste)
- Voorgeschiedenis (wat ziet professional, wat ziet naaste), inclusief achteruitgang
- Wat brengt de toekomst (prognose)
- Belasting en belastbaarheid
- Wat wil de patiënt zelf, hoe te betrekken in besluitvorming
- Hoe kan kwaliteit van leven worden omschreven van deze patiënt.

Scenario's

- Beschrijf concreet wat er kan gebeuren in toekomst, welke concrete afspraken moeten gemaakt worden om hier zo goed mogelijk mee om te gaan.

Uitkomsten co-creatie, format ACP

Wat vindt u belangrijk

Wat wilt u vermijden

Uitkomsten co-creatie, format ACP

Onderwerpen door professionals:

Voorgeschiedenis

Huidige toestand (achteruitgang)

Wat brengt toekomst

Belasting en belastbaarheid (van onderzoek en diagnostiek)

Wat patiënt wil

Kwaliteit van leven

Uitkomsten co-creatie, format ACP

Wees zo concreet mogelijk

Leg behandelingen uit (dialyse, wat vergt dat)

Controleer of ander het heeft begrepen

Niet alles hoeft in 1 gesprek

Uitkomsten co-creatie, format ACP

Bespreek scenario's

Maak afspraken indien gewenst

Quote medewerker op de groep

“ De familie heeft nu begrepen dat dementie palliatieve zorg is. Ze weten wat ze willen rond het levenseinde van hun broer. We gaan dat nu samen bespreken met de dokter.....”

Quote medewerker op de groep

“ Ik wil graag Ans en Piet ook nog aanmelden voor een palliatief doel. Dan kunnen we de zorg tenminste passend formuleren. Kan dat?”

Quote AVG

“ Door samen deze cursus te volgen, heb ik geleerd wat de medewerkers op de groepen vinden over palliatieve zorg en ACP”

Quote moeder

“ U zult mij wel een slechte moeder vinden, ik heb voor mijn kind afgesproken dat hij niet gereanimeerd wordt en niet naar IC gaat...”

Quote cliënt

“ Ik wil dat mijn broer meegaat naar het ziekenhuis en dan wil ik hier doodgaan, niet in het ziekenhuis...”

Quote cliënt

“ Ik wil dat je mij beter maakt, want ik ben er graag nog even...”

Quote vader

“ Eindelijk een dokter die naar dit onderwerp vraagt. En mag ik het dan ook hier laten opschrijven?”

Moeder aan de telefoon

“ Gelukkig hebben we het er al over gehad toen er nog geen corona was. Nu is het voor ons veel gemakkelijker om iets af te spreken nu mijn zoon corona heeft. De huisarts belde...”

Quote zorgconsulent

“ Met de ACP hoef ik s’avonds veel minder te komen, er is veel minder paniek....”

Ervaring zorgconsulent

Hoe gebruiken we ACP in onze organisatie

Proactief zowel bij lichamelijke als gedragsproblemen

Casus Cor

Casus Anneke

Succesfactoren voor de zorgconsulent

Volhouden, lange adem

Kartrekkers

Steun management

Multidisciplinaire vakgroep

Uitkomsten co-creatie, format ACP

Wat vinden jullie belangrijk

Wat willen jullie vermijden

www.advancecareplanning.nl

