



1



Stappenplan Proactieve Zorgplanning*

Maaïke van der Meulen, adviseur ROS Friesland
Petra de Vries, oncologieverpleegkundige / praktijkverpleegkundige

Wie zijn jullie?

* Werd vroeger ook Advanced Care Planning genoemd

2



Disclosure

(potentiële) belangenverstrengeling	geen / zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
• Sponsoring en onderzoeksgelden	Geen
• Adviseurschappen en honorarium incl. sprekersvergoedingen	Geen
• Aandeelhouder	Geen
• Andere relatie, namelijk	Geen

3



Casus 1



Patiente van 84 jaar met een voorgeschiedenis van chronisch hartfalen, arteriële hypertensie, astma en chronische nierinsufficiëntie. Woont in een eenpersoonswoning, krijgt dagelijks ondersteuning van de thuiszorg.

Is dit een palliatieve patiënt volgens jou?
Ja/nee, waarom?

4



Waar gaan we het vandaag over hebben?

Aanleiding → Inhoud → Vervolg

5

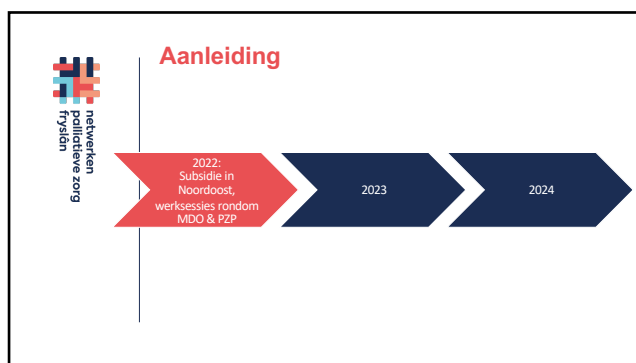


Aanleiding

- Verschillende partijen aan de slag met PZP
- Vele initiatieven
- Behoeftte aan uniformiteit



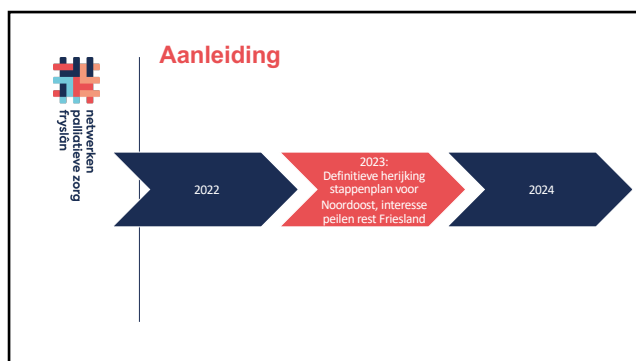
6



7



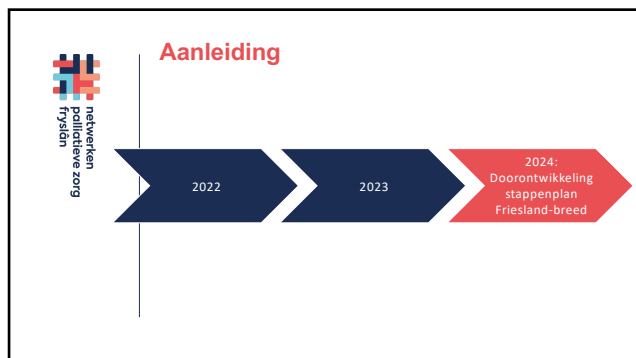
8



9



10



11



12

The diagram illustrates the structure of the presentation. It features a vertical stack of three chevron-shaped boxes pointing to the right. The first box is light blue and contains the text 'Aanleiding'. The second box is red and contains the text 'Inhoud'. The third box is light blue and contains the text 'Vervolg'. To the left of these boxes, there is a logo consisting of a grid of colored squares (blue, red, yellow, green) and the text 'netwerken pallatieve zorg' and 'rjstidn'.

13



netwerken
palliatieve zorg
fryslân

Wanneer is volgens jou iemand palliatief?

14

De verschillende palliatieve fases

Voortschrijdende ziekte in de tijd

Dood

Ziektegerichte palliatie

Symptoomgerichte palliatie

Palliatie in de stervensfase

Nazorg

Palliatieve zorg

- Palliatieve zorg** is de zorg bij een ongeneeslijke ziekte of bij kwetsbaarheid waarbij de zorg gericht is op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, niet op genezing. Deze zorg kan jarenlang duren. Tijdens deze fase staan de behoeften van de patiënt centraal, maar ook die van de naasten. Dit kan op lichamelijk, sociaal, psychisch en zingevingvlak.
- Hoewel de **palliatieve fase** dus officieel jaren voor het verwachte overlijden kan beginnen, wordt door het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg om pragmatische redenen de palliatieve fase afgebakend tot de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar verwachting van de (zorg)professional in de komende twaalf maanden komt te overlijden.

15



netwerken
politiciële zorg
npz

Wanneer zou jij bij een patiënt een proactieve zorgplanning gesprek voeren?

16

Stap 1: Markering. Met welke patiënten voert u een gesprek?

Iedereen kan markeren! (Zorg)professionals, maar ook familie, welzijnswerk, mantelzorgers, de patiënt zelf...

Gesprek met patiënten:

- die zelf aangeven een PZP-gesprek te willen voeren;
- met vragen over de zorg rond het levenseinde;
- die als kwetsbaar worden geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening zoals de TFI of GFI of via case finding;
- waarbij te verwachten is dat zij binnen een jaar zullen overlijden;
- die worden opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- (wanneer van toepassing) met een versteldige beeping;

• die na het stellen van een diagnose wilsonbekwaam kunnen worden of wanneer er communicatieproblemen te verwachten zijn door de aandoening.

• Met een of meer van onderstaande kenmerken:

- een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
- 70+ met comorbiditeit en een sterk afnemende somatopsychische vitaliteit;
- een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
- (beginnende) cognitieve beperkingen;
- een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit;
- een beperkt sociaal netwerk.

17

Stap 1: Markering. Met welke patiënten voert u een gesprek?

Vele hulpmiddelen, zoals de **Surprise question**:

“Zal het mij verbazen als deze patiënt binnen 1 jaar is overleden?”

Meetinstrumenten SPICT en RADPAC

18

netwerken palliatieve zorg Fryslân

Casus 2



Patiënt van 61 jaar met hypertensie in de vorder blanke-voorgeschiedenis. In een week tijd toekorten op bloedonderzoek komt naar voren dat er sprake is van acute nierfalen (nierfunctie van 20 ml/min). Patiënt wil niet ingespuurd worden naar het ziekenhuis.

Is dit een palliatieve patiënt volgens de SQ? Ja/nee, waarom?

En wat als je de Surprise Question omdraait? Zou het je verbazen als deze patiënt over een jaar nog leeft?

19

2 Stap 2: In kaart brengen van wensen en behoeften

- Vanuit alle disciplines, familie en mantelzorgers, kunnen voorbereidende gesprekken met de patiënt worden gevoerd over Proactieve Zorgplanning.
- De markeerder gaat in overleg met de juiste hulpverlenende instantie (huisartsenpraktijk, ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ, ...) over het in kaart brengen van de wensen en behoeften.
- Bij voorkeur gaat de markeerder samen met de hulpverlenende instanties het gesprek aan met de patiënt (bijvoorbeeld de wijkverpleging samen met de huisartsenpraktijk).
- De hulpverlenende instanties stemmen met de patiënt af hoe, waar en met wie het PZP-gesprek wordt gevoerd.

20

Proactieve zorgplanning

netwerken palliatieve zorg Fryslân



21

Inhoud

- Medische beslissingen worden ten allen tijde gemaakt in afstemming met de medisch verantwoordelijke.
- Niet-medische beslissingen kunnen ook met andere disciplines afgestemd worden.
 - a) fysiek domein;
 - c) sociaal domein;
 - d) psychische domein;
 - e) zingevingsdomein.

Basisgegevens	
Naam	Startdatum
Adres	Ingevoerd door
Gebortedatum	
BDN	Functie
Telefoonnummer	
Verzekering en verzekeringsnummer	
Contactpersoon	Verstrijkt verpleegkundige
Naam	Naam
Adres	Adres
Medische tot stand	Medische tot stand
Telefoonnummer	Telefoonnummer
Diagnose	
Relevante voorgeschiedenis	
Levensverwachting	
Naam en functie hoofdbehandelaar	

Proactief Transmurale Zorgplan

22

netwerken palliatieve zorg Fryslân

Is dit bekend? Hoe doen jullie dit?

23

3 Stap 3: Vastleggen. Hoe en waar leg ik het gesprek vast?

- Instructies voor VIP Live (Workshop Mirjam!)
- Iedere organisatie eigen systeem
- Eventueel kan de zorgmap ingezet worden
- Niet Reanimeren besluit altijd delen met medisch verantwoordelijke
- Medisch zinloos handelen



24

4 **Stap 4: Overdracht. Hoe en aan wie moet ik het PZP overdragen?**

- De patiënt heeft de regie!
- Met toestemming delen met andere betrokkenen
- De medisch verantwoordelijke is verantwoordelijk om de betrokken (zorg) professionals in te lichten over de medische beslissingen, met toestemming van de patiënt
- Specifieke afspraken in het stappenplan



25

5 **Stap 5: Belangrijke checkmomenten. Is het PZP aanwezig en is het actueel?**

- Tijdens de intake.
- Na opname in het ziekenhuis of verpleeghuis.
- Tijdens (jaarlijkse) evaluatiemomenten.
- Bij veranderingen in de gezondheidssituatie.



26

Verdere afspraken & tips & tricks in stappenplan

Zoals:

Sichtpunt  Sichtpunt, het Friese Centrum voor Levensvragen, kan een belangrijke rol spelen in iedere fase van het PZP-proces. Gesprekken zijn kosteloos. Ook op de website staat veel informatie.

THUISARTS.NL  Op thuisarts.nl staan veel artikelen die ondersteunend kunnen zijn voor de patiënt in de voorbereiding op het PZP gesprek:

- [ik wil nadenken over reanimatie](#)
- [Wensen voor zorg en behandeling](#)
- [ik denk na over mijn wensen voor zorg en behandeling](#)

27

 **Waar gaan we het vandaag over hebben?**

Aanleiding → **Inhoud** → **Vervolg**

28

Visie op inzet van het gesprek en plan

- Het plan reist mee, is dynamisch, veranderingen door de tijd
- Het plan bij de patiënt is actueel
- Zorgverleners in de keten zijn op de hoogte

Take home message: PZP doen we met zijn allen (niet alleen zorg!) proactief om de juiste zorg te kunnen bieden & rust bij de patiënt en naasten te creëren

29

 **Hoe denk je nu over Proactieve Zorgplanning, het plan en jouw rol hierbij?**

30



En als we kijken naar
Wiebe, hoe is zijn proces
meegenomen in het
stappenplan?