

Proactieve Zorg Planning

Zorgverleners **Arnhem en
De Liemers e.o.** werken
samen - met de patiënt -
aan een kwalitatief
hoogwaardige laatste levensfase



Juni 2024

Copyright: Netwerk Palliatieve Zorg Regio Arnhem en De Liemers. Dit stappenplan is ontwikkeld op basis van het stappenplan van Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe-Steenwijkerland en op maat gemaakt voor de afspraken zoals die zijn gemaakt in de regio Arnhem en De Liemers.

*‘Zo fijn dat zorgverleners
en vrijwilligers op het juiste
moment bekend zijn met
mijn waarden, wensen
en behoeften.’*



PZP

Dit stappenplan is een hulpmiddel voor zorgverleners bij het voeren van gesprekken met patiënten en naasten over hun wensen in de laatste levensfase. In het stappenplan staan de rollen en taken van zorgverleners en vrijwilligers die in het hele proces samenwerken met elkaar en met de patiënt en naasten.

Wat is PZP?

Proactieve Zorg Planning, PZP*, is een proces waarbij patiënten, hun naasten en/of zorgverteenwoordiger ondersteund worden om in terugkerende gesprekken met zorgverleners, op basis van hun eigen waarden en opvattingen, zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige zorg en behandeling te bepalen. Vervolgens kunnen die worden vastgelegd in een zorgplan. PZP gaat in op de wensen/behoefte van mensen op lichamelijk, mentaal, sociaal en spiritueel vlak.

Wat levert PZP op?

PZP-gesprekken zijn bedoeld om te spreken over wensen, doelen en voorkeuren van zorg zodat geïnformeerde en realistische keuzes gemaakt kunnen worden (gedeelte besluitvorming) die aansluiten op wat voor de patiënt belangrijk is. Voor de patiënt en zijn naaste(n) levert PZP winst op door het behoud (of terugnemen) van de eigen regie. Het biedt rust en zekerheid wanneer wensen, behoeften en verwachtingen kenbaar

gemaakt zijn en daarnaar gehandeld kan worden. Zo draagt PZP bij aan de kwaliteit van leven en sterven. Voor zorgverleners en vrijwilligers levert proactief werken duidelijkheid op over (eerder) gemaakte afspraken zodat zij kunnen anticiperen op toekomstige ondersteuning en zorg. Informatie-uitwisseling tussen zorgverleners over behoeften en (behandel)wensen voorkomt onnodige zorg. In spoedzorg situaties kan beter gehandeld worden volgens de afspraken die met de patiënt gemaakt en vastgelegd zijn.

Het PZP-gesprek is een dynamisch proces

Vragen en gedachten hebben soms even tijd nodig, zeker als dit gaat over levensdoelen of persoonlijke waarden. Ook het maken van keuzes over welke zorg en ondersteuning daar nu en in de toekomst bij past vraagt tijd. Daarbij kunnen keuzes veranderen. PZP is daarom een continu en dynamisch proces van meerdere gesprekken, waarin een (deel van) de thema's wordt besproken. En er is blijvend contact over (veranderende) behoeften, wensen, doelen en

verwachtingen. Deze gesprekken kunnen door meerdere betrokkenen gevoerd worden.

Samenwerken is een voorwaarde

PZP vindt bij voorkeur multidisciplinair in de keten plaats. In het proces van PZP worden afspraken met en voor de patiënt vastgelegd. Zorgverleners informeren elkaar hierover na toestemming van de patiënt. Ze stemmen met de patiënt en met elkaar af wie wat bespreekt met de patiënt en wie welke taak op zich neemt. Disciplines vanuit o.a. welzijn, betrokken vrijwilligers, paramedisch professionals, ggz en geestelijke verzorging kunnen worden betrokken. Zij hebben een signalerende taak en kunnen andere zorgverleners informeren over de wens voor een PZP-gesprek. Ook signalen vanuit mantelzorgers (en zeker ook de vrijwilligers) zijn van belang.

*In dit document gebruiken we de afkorting PZP. Hiermee bedoelen wij 'Proactieve Zorg Planning' of 'Advance Care Planning'. In de spreektaal met de burger spreken we over 'Voorbereiden laatste levensfase'.

'PZP bouwt een brug tussen wat mensen nu willen en kunnen beslissen en het moment dat anderen voor hen moeten beslissen.'

PZP

Doelgroep

Met welke patiënten voer je een gesprek over de laatste levensfase?

1. De (vitale) patiënt met vragen over de zorg rond het levenseinde. Hij/zij wil de huisarts informeren over de eigen wensen en verwachtingen ten aanzien van de laatste levensfase.
2. Patiënten met een ongeneeslijke chronische aandoening, kanker of kwetsbare ouderen* waarmee je een gesprek voert over waarden, (behandel)wensen en behoeften in de laatste levensfase.
3. Bij een slecht nieuws gesprek.
4. Bij markering van de palliatieve fase (op basis van een markeringsinstrument).
5. Patiënten met een ongeneeslijke, progressieve (chronische) ziekte of kwetsbare ouderen waarvan je vermoedt dat de patiënt een kortere levensverwachting heeft dan 3 maanden.
6. Patiënten die gedurende een jaar meerdere keren zijn opgenomen in het ziekenhuis.
7. Zo snel mogelijk na het stellen van een diagnose waarbij de patiënt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen door de aandoening te verwachten zijn.

Naast behandelwensen ga je met deze patiënten ook in gesprek over wensen op het gebied van alle levensdomeinen.

* De kwetsbare oudere is de oudere met één of meer van onderstaande kenmerken:

- heeft vragen over de zorg rondom het levenseinde;
- (beginnende) cognitieve beperkingen, denk aan dementie;
- een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;

- 75+ met comorbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit die als kwetsbaar wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening;
- een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
- een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit;
- die mogelijk wordt opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- die in de palliatieve fase komt.

PZP; geen eenmalige interventie

Samen (concept)zorg- en behandeldoelen en bijpassende, anticiperende afspraken formuleren op basis van waarden en opvattingen.



Stappenplan

Menu



*Neem de stappen
die passen bij het
proces.*

*Het gesprek is
leidend.*

01 Markeren

Menu

* Zorgprofessionals zoals wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, praktijkondersteuner huisartsen (POH), casemanager dementie, in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige

‘Moment waarop huisarts of specialist constateert dat een patiënt zich in de laatste levensfase bevindt. Dit is het moment dat wensen en behoeften van de patiënt in kaart worden gebracht. Niet het gesprek maar de patient is leidend.’

Markeren

01

Menu

Doelgroep

Met welke patiënten voer je een gesprek over de laatste levensfase?

1. De (vitale) patiënt met vragen over de zorg rond het levenseinde. Hij/zij wil de huisarts informeren over de eigen wensen en verwachtingen ten aanzien van de laatste levensfase.
2. Patiënten met een ongeneeslijke chronische aandoening, kanker of kwetsbare ouderen* waarmee je een gesprek voert over waarden, (behandel)wensen en behoeften in de laatste levensfase.
3. Bij een slecht nieuws gesprek.
4. Bij markering van de palliatieve fase (op basis van een markeringsinstrument).
5. Patiënten met een ongeneeslijke, progressieve (chronische) ziekte of kwetsbare ouderen waarvan je vermoedt dat de patiënt

een kortere levensverwachting heeft dan 3 maanden.

6. Patiënten die gedurende een jaar meerdere keren zijn opgenomen in het ziekenhuis.
7. Zo snel mogelijk na het stellen van een diagnose waarbij de patiënt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen door de aandoening te verwachten zijn.

Naast behandelwensen ga je met deze patiënten ook in gesprek over wensen op het gebied van alle levensdomeinen.

* De kwetsbare oudere is de oudere met één of meer van onderstaande kenmerken:

- heeft vragen over de zorg rondom het levenseinde;
- (beginnende) cognitieve beperkingen, denk aan dementie;

- een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
- 75+ met comorbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit die als kwetsbaar wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening;
- een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
- een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit;
- die mogelijk wordt opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- die in de palliatieve fase komt.

‘Markeren is een proces dat je aangaat met patiënt en naasten. Dit hoeft niet in één gesprek klaar te zijn.’

Markeren

Menu

De POH/praktijkverpleegkundige kan in overleg met de huisarts gestructureerd patiënten benaderen uit de doelgroep (zie pagina 3).

Vooraf kan materiaal naar de patiënt toegestuurd worden.

Voorbeeld:

- [Uniform invulformulier PZP](#)
- [Wilsbeschikking](#)
- [Wensenboekje](#)
- [Thuisarts.nl](#)
- [Patiëntenfolder](#)
- Film 'Wat is proactieve zorgplanning'
 - [Voor zorgverleners](#)
 - [Voor patiënten](#)

Het materiaal wordt toegelicht in een persoonlijk gesprek ([Script voor uitreiken patiëntenfolder](#)).

Zo mogelijk wordt alvast een begin gemaakt met het invullen van een Wilsbeschikking, voor zover mogelijk. Vervolgens wordt samen met de huisarts gesprek gevoerd om de wensen kenbaar en bespreekbaar te maken en waar mogelijk ook vast te leggen.

'POH/PVK heeft ook een signalerende functie. Als patiënten aangeven behoefte te hebben aan informatie of een gesprek kan de POH/PVK daar actie op ondernemen.'

De fasering voor markeren ligt per patiënt(engroep) verschillend.

Deze professionals zijn in het markeren bij uitstek degenen die signaleren of een patiënt uit de doelgroep een proactief zorgplan nodig heeft. , Bij dementie heeft markering een hoge urgentie. Wanneer je de behoefte aan een proactief zorgplan signaleert, kun je:

- dit bespreekbaar maken bij de huisarts van de patiënt of de betrokken medisch specialist en afstemmen, wie wat verder oppakt;
- inventariseren welke vragen een patiënt en naasten, mantelzorgers hebben rondom dit thema;
- de patiënt en diens naaste voorbereiden op het PZP-gesprek, door hierover het gesprek aan te gaan en eventueel informatie (materiaal) aan te bieden.

'De wijkverpleging speelt een belangrijke rol in de voorbereiding, verkenning en vaststelling van (zorg) behoeften.'

Informeren patiënt en naasten

Menu

- * Zorgprofessionals zoals wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, praktijkondersteuner huisartsen (POH), casemanager dementie, in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige

‘Ziek zijn gaat over meer dan behandeling en medicijnen. Het beïnvloedt je dagelijks leven, Daarvoor zou meer aandacht moeten zijn.’

Informeren patiënt en naasten

Menu

Informeren

Zodra helder is, dat het gesprek over proactieve zorgplanning plaats moet vinden, kan vooraf materiaal naar de patiënt toegestuurd worden.

Voorbeeld:

- [Uniform invulformulier PZP](#)
- [Wilsbeschikking](#)
- [Wensenboekje](#)
- [Thuisarts.nl](#)
- [Patiëntenfolder](#)
- Film 'Wat is proactieve zorgplanning'
 - [Voor zorgverleners](#)
 - [Voor patiënten](#)

Het materiaal wordt toegelicht in een persoonlijk gesprek ([Script voor uitreiken patiëntenfolder](#)).

Zo mogelijk wordt alvast een begin gemaakt met het invullen van een Wilsbeschikking, voor zover mogelijk.

'De patiënt en diens naasten maken op deze manier vrijblijvend kennis met het begrip PZP en kunnen de informatie hierover rustig laten bezinken, zonder dat zij hiermee direct iets hoeven te doen.'

Informeren patiënt en naasten

Menu

Informeren

Zodra helder is, dat het gesprek over proactieve zorgplanning plaats moet vinden, kan vooraf materiaal naar de patiënt toegestuurd worden.

Voorbeeld:

- [Uniform invulformulier PZP](#)
- [Wilsbeschikking](#)
- [Wensenboekje](#)
- [Thuisarts.nl](#)
- [Patiëntenfolder](#)
- Film 'Wat is proactieve zorgplanning'
 - [Voor zorgverleners](#)
 - [Voor patiënten](#)

Het materiaal wordt toegelicht in een persoonlijk gesprek ([Script voor uitreiken patiëntenfolder](#)).

Zo mogelijk wordt alvast een begin gemaakt met het invullen van een Wilsbeschikking, voor zover mogelijk.

Informatie bijeenkomsten in de regio

In de regio worden enkele malen per jaar informatiebijeenkomsten over PZP georganiseerd voor patiënten en naasten. Betrokken professionals verwijzen patiënten en hun naasten naar deze informatiebijeenkomsten. Deze kunnen ziektespecifiek zijn en ook algemeen.

Deze informatiebijeenkomsten worden uitgevoerd door gespecialiseerde zorgprofessionals uit zowel het ziekenhuis als de eerstelijns. Tijdens deze voorlichtingsbijeenkomsten wordt nader ingegaan op het belang van proactieve zorgplanning en de verschillende onderwerpen die daarbij van belang zijn. Hierbij kan gedacht worden aan wilsbeschikkingen, behandelwensen en afspraken, passende zorg, wat te doen bij..., levenstestament, etc. en het belang om tijdig hierover met elkaar in gesprek te gaan.

Nadat de patiënt en diens naaste de voorlichtingsbijeenkomst heeft bezocht wordt aanbevolen om bij een eerstvolgend contactmoment navraag te doen naar de ervaringen die de patiënt hiermee heeft opgedaan. De uitkomst hiervan kan mede ook weer aanleiding zijn, om het PZP-gesprek een vervolg te geven.

Aanmelden voor deze informatiebijeenkomsten?

> Schrijf je hier in

'Een voorlichtingsbijeenkomst biedt patiënten en diens naasten de mogelijkheid lotgenoten te ontmoeten.'

Uitvoeren PZP-gesprek

Menu

De uitkomsten van het markeringsgesprek en de PZP-gesprek(ken) worden transmuraal gedeeld met alle bij patiënt direct betrokken zorgverleners. Dit gebeurt, naast de eigen werkwijze in bijvoorbeeld de ontslagbrief, door (de inhoud van) het 'Formulier Uniform vastleggen proactieve zorgplanning', voorzien van een versienummer en datum te delen in het betrokken netwerk. In de regio Arnhem en De Liemers wordt hierbij gebruik gemaakt van [OZO verbindzorg](#). Het ingevulde formulier wordt hierin geüpload onder de knop 'PZP-formulier'. Dit dient uiterlijk binnen 14 dagen na het PZP-gesprek plaats te vinden. De patiënt wordt gevraagd om betrokken professionals hierin deelgenoot te maken.

'Mijn behoeften en wensen kunnen veranderen; ik wil weer terug kunnen komen op eerdere besluiten.'

Uitvoeren PZP-gesprek

Menu

Continu en dynamisch proces

PZP niet een eenmalig gesprek, maar een dynamisch proces. Er kunnen zich verschillende momenten voordoen om een individueel gesprek over PZP te voeren. In dit gesprek op maat kunnen o.a. de volgende onderwerpen besproken worden:

- ✿ hoe de patiënt diens toekomst ziet,
- ✿ individuele prognose,
- ✿ medische haalbaarheid van behandelopties,
- ✿ (behandel)wensen en -doelen,
- ✿ verwachtingen en zorgen van patiënt en/ of naasten.

De patiënt en diens naasten kunnen zich op het gesprek voorbereiden met een [keuzehulp](#).

Huisarts, medisch specialist of SO kan voor het voeren van het gesprek gebruik maken van de [landelijke gesprekskaart](#).

Huisarts en specialist stemmen af wie hoofdbehandelaar is. De hoofdbehandelaar is in de lead bij PZP. Indien een patiënt verwezen wordt, stuurt de huisarts het [Formulier Uniform vastleggen PZP](#) en de [wilsbeschikking](#) (indien aanwezig) als aparte bijlage mee met de verwijsbrief via Zorgdomein.

Een verpleegkundig specialist kan de diagnostiek aanvullen.

Afspraken vastleggen

Wanneer een patiënt op consult komt / een consult ontvangt, of binnen een regulier zorgmoment wordt gecheckt of er een [Formulier Uniform vastleggen PZP](#) beschikbaar is.

Nieuwe afspraken worden overgenomen in het eigen dossier (HIS, HIX, VIPlive). Daarmee is deze informatie ook actueel beschikbaar voor de spoedpost.

Wanneer nieuwe afspraken worden gemaakt, worden deze naast in het eigen dossier opnieuw vastgelegd in het [Formulier Uniform vastleggen PZP](#), voorzien van datum en versienummer en geüpload in OZOverbindzorg. Daarmee is deze versie beschikbaar voor de patiënt, diens naaste en alle bij de zorg betrokken professionals.

Tip: zorg voor een print voor de patient.

'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij en regie hebben over belangrijke beslissingen en de invulling van mijn leven.'

Uitvoeren PZP-gesprek

Menu

Hoe kun je ondersteunen bij het uitvoeren van het PZP-gesprek?

- ✿ Zorg dat de documenten meegegeven worden aan de patiënt.
- ✿ Begeleid patiënt bij het omgaan met de documenten (meenemen bij bezoek aan het ziekenhuis).
- ✿ Leg alles vast in het eigen dossier.
- ✿ Vraag bij volgende visites, bezoeken en consulten of er veranderingen zijn die aanpassing van het [uniform invulformulier PZP](#) plan noodzakelijk maken.

Wat breng je in kaart?

Stel samen met de patiënt het zorgplan op.

Neem hierbij alle palliatieve domeinen mee:

- a. Somatisch domein
- b. Zorgverlening en ADL
- c. Sociale en financiële context

- d. Psychisch domein
- e. Existentieel of zingevingsdomein

Wanneer nodig kan de betrokken professional/vrijwilliger bij belangrijke wijziging in wensen en behandelafspraken de regiebehandelaar informeren en in afstemming het [Formulier Uniform vastleggen PZP](#) aanpassen. Iedere betrokken professional draagt bij relevante informatie deze over naar overige betrokken professionals.

Afspraken vastleggen

Als de wensen en behoeften op het vlak van de verschillende palliatieve domeinen in kaart zijn gebracht en besproken, kan dit worden vastgelegd in het proactief zorgplan.

Wanneer een patiënt op consult komt / een consult ontvangt, of binnen een regulier

zorgmoment wordt gecheckt of er een [Formulier Uniform vastleggen PZP](#) beschikbaar is.

Nieuwe afspraken worden overgenomen in het eigen dossier (HIS, HIX, VIPlive, NEDAP, Gerimedica, etc.).

Wanneer je signaleert dat wensen en behoeften van de patiënten en naasten veranderen, dan dien je dit ook aan te geven bij de huisarts.

De nieuwe afspraken die worden gemaakt, worden naast in het eigen dossier opnieuw vastgelegd in het [Formulier Uniform vastleggen PZP](#), voorzien van datum en versienummer en geüpload in OZOverbindzorg. Daarmee is deze versie beschikbaar voor de patiënt, diens naaste en alle bij de zorg betrokken professionals.

Tip: zorg voor een print voor de patient.

‘In kaart brengen van behoeften is een continu proces op weg naar passende zorg en eigen regie.’

Consultatie specialisten

Proactieve zorgplanning is generalistische zorg waarbij men gebruik kan maken van specialisten, zoals de Consultatiedienst palliatieve zorg, Casemanagement Dementie, DerdeVerdieping – geestelijk verzorgers, Consultteam palliatieve zorg Rijnstate.

Consultatiedienst palliatieve zorg

Heeft u vragen over een patiënt in de palliatieve fase?

☎ U kunt dan bellen naar 088 605 14 44.

Tijdens kantoortijden krijgt u een lokaal verpleegkundig consulent aan de lijn. Deze consulent heeft altijd een arts als medische achterwacht en heeft daarmee overleg om tot een gezamenlijk advies te komen.

Daarbuiten ('s avonds, 's nachts en in het weekend) kunt u in spoedgevallen beroep doen op de ANW-dienst palliatieve zorg (bovenregionaal georganiseerd).

☎ Zij zijn te bereiken via hetzelfde nummer: 088 605 14 44

Casemanagement Dementie

Arnhem en omgeving:

www.netwerkdementiearnhemeo.nl

Hulp aanvragen?

www.netwerkdementiearnhemeo.nl/hulp-nodig/casemanager-dementie/

De Liemers:

www.liemosa.nl

Hulp aanvragen

www.liemosa.nl/hulp-aanvragen/

Of stel je vraag aan de casemanager dementie in je netwerk, klik hier voor een overzicht met namen per gemeente:
www.netwerkdementiearnhemeo.nl/hulp-nodig/casemanager-dementie/

*'Hulp nodig?
Onze specialisten staan voor
u klaar.'*

Specialistisch team Palliatieve Thuiszorg

www.samenindewijkzorg.nl/palliatieve-verpleging

Centrum voor levensvragen d3rde verdieping

Aandacht voor zingeving en levensvragen hoort bij ons allemaal. Voor ondersteuning bij zingeving en levensvragen kan men in de regio Arnhem en omstreken terecht bij D3rde Verdieping - Hart voor zingeving.

www.d3rdeverdieping.nl

Hulpmiddelen en afkortingen

Alle hulpmiddelen en tools op een rijtje voor de professionals en voor de patiënten.
In de linkerkolom vind je alle afkortingen die we in dit document gebruiken.

Voor professionals

-  [Formulier Uniform vastleggen PZP](#)
-  [Keuzehulp](#)
-  [Landelijke Gesprekskaart](#)
-  [Instructie OZOverbindzorg met instructievideo](#)
-  [Script voor uitreiken patiëntenfolder](#)
-  [Patiëntenfolder](#)
-  [Wilsbeschikking](#)
-  [Wensenboekje](#)
-  [Thuisarts.nl](#)
-  Film 'Wat is proactieve zorgplanning'
 - [Voor zorgverleners](#)
 - [Voor patiënten](#)

Voor patiënten

-  [Formulier Uniform vastleggen PZP](#)
-  [Keuzehulp](#)
-  [Patiëntenfolder](#)
-  [Instructie OZOverbindzorg met instructievideo](#)
-  [Wensenboekje](#)
-  [Thuisarts.nl](#)
-  [Wilsbeschikking](#)
-  Film 'Wat is proactieve zorgplanning'
 - [Voor zorgverleners](#)
 - [Voor patiënten](#)

Afkortingen

PZP	Proactieve Zorgplanning
POH	Praktijk ondersteuner huisartsen
SO	Specialist ouderen
ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
HIS	Huisartsen informatiesysteem
HIX	Ziekenhuis dossier
VIPlive	Webportal samenwerken voor zorgverleners
OZO	OZOverbindzorg, communicatieportal voor patienten, naasten en professionals
ONS/NEDAP	Dossier voor de zorg thuis