**Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning)**

**in de eerste lijn**



**Draaiboek voor docenten**

Introductie

De training hoort bij het project ‘[Proactieve zorgplanning in de eerste lijn met de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten](https://palliaweb.nl/projecten-nationaal-programma-palliatieve-zorg-ii/proactieve-zorgplanning-in-de-eerste-lijn-met-de-k)’. Het omvat een draaiboek voor docenten (dit document), een PowerPointpresentatie en een docentenprofiel (benodigde kennis en vaardigheden; bijlage 1 van dit draaiboek). De training richt zich geheel op het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken[[1]](#footnote-1). Proactieve zorgplanningsgesprekken stellen 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 (Rietjens, 2018). In deze training wordt aandacht gegeven aan twee belangrijke aspecten. Ten eerste wordt er getraind in gespreksvoering door te oefenen met PZP gesprekken. Daarnaast is er aandacht voor de implementatie; hoe organiseer je PZP gesprekken in de eerste lijn en hoe werk je samen? De trainingsmaterialen zijn bedoeld om de docenten te ondersteunen. Docenten kunnen naar eigen inzicht en op basis van de samenstelling van de trainingsgroep desgewenst te training aanpassen.

Doelgroep

De doelgroep voor deze training zijn huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden, praktijkondersteuners van de huisarts en andere zorgverleners die in het kader van de implementatie van de handreiking ‘Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn’ PZP gesprekken gaan voeren. De training is interprofessioneel ingestoken. Aansluitend bij de doelgroep spreken we over ‘patiënten’, wanneer de doelgroep breder is, dan is het van belang om hier ook in taalgebruik rekening mee te houden (bv consequent spreken over ouderen).

Leerdoelen

1. ouderen die in aanmerking komen voor een PZP gesprek herkennen en markeren;
2. een PZP gesprek voeren op basis van de waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten (bv. partner, kind);
3. alle vier dimensies van palliatieve zorg in PZP gesprekken betrekken;
4. momenten / kansen om PZP gesprekken te herhalen herkennen en hier gebruik van maken;
5. culturele verschillen en rituelen rond het levenseinde bespreken en waar nodig hier rekening mee houden;
6. op de eigen normen en waarden op het gebied van gewenste zorg aan het levenseinde reflecteren;
7. samenwerken in het voeren van PZP gesprekken met zorgverleners van verschillende disciplines en professies;
8. informatie uit PZP gesprekken aan alle relevante betrokkenen overdragen;
9. reflecteren op eventuele aanpassingen in de zorg naar aanleiding van besproken wensen en behoeften.

Globale opzet van de training

De training bestaat uit twee sessies van 3 uur.

Onderwerpen in sessie 1: basiskennis PZP, doelgroep, gespreksvoering, samenwerking, organisatie.

Onderwerpen in sessie 2: zelfkennis, culturele verschillen, ervaringen uitwisselen.

Indien mogelijk en gewenst kunnen terugkomsessies worden georganiseerd. In deze terugkomsessies worden casuïstiek en knelpunten besproken. Doel van de terugkomsessies is om een proces van van elkaar leren, samenwerking en continue verbetering te stimuleren. De sessies kunnen daarnaast helpend zijn bij de implementatie, omdat knelpunten in het proces aan het licht kunnen komen waarop bijgestuurd kan worden. Waar nodig of gewenst kunnen ook aanvullende klinische lessen door gastsprekers worden georganiseerd, op basis van gemeenschappelijke knelpunten (bv over PZP bij dementie of over de plaats van zingeving in PZP gesprekken). De terugkomsessies zijn niet in dit draaiboek opgenomen, omdat invulling gebeurt op basis van input uit de groep.

Voorbereiding van de training (door de trainer):

Lees:

* Implementatiehandreiking (format PZNL) (te vinden op deze [Palliaweb](https://palliaweb.nl/projecten-nationaal-programma-palliatieve-zorg-ii/proactieve-zorgplanning-in-de-eerste-lijn-met-de-k) pagina)
* Handreiking ‘Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn’, bestaande uit werkbeschrijvingen, hulpmiddelen, toelichting en achtergronden (te vinden op deze [Palliaweb](https://palliaweb.nl/projecten-nationaal-programma-palliatieve-zorg-ii/proactieve-zorgplanning-in-de-eerste-lijn-met-de-k) pagina)
* Dit draaiboek, inclusief de twee bijlagen (docentenprofiel en casuïstiek)

Bekijk:

* filmpjes YouTube:
	+ <https://www.youtube.com/watch?v=c13iVN6yITg> (17.35 minuten)
	+ <https://www.youtube.com/watch?v=Z-pNV5O16SA> (12.15 minuten)
	+ <https://www.youtube.com/watch?v=yexuShFZN6Q> (3.01 minuten)

Benodigdheden bij de training

* Dit draaiboek
* bijlage met casuïstiek
* PowerPoint presentatie
* Laptop
* Beamer
* Indien nodig: geluidsboxen voor afspelen filmpjes
* Optioneel: flipover met stiften (naar voorkeur docent bij structureren discussie / uitwisseling)
* Optioneel: de Kiezen en Delen kaarten (zie beschrijving sessie 2). Deze zijn [hier](https://kiezenendelen.nu/) te downloaden of te bestellen.
* Overige specifieke benodigdheden per onderwijsonderdeel worden apart aangegeven

Zaalindeling

Idealiter wordt er gekozen voor een zaalindeling waarbij de deelnemers in groepjes bij elkaar zitten. Dit is praktisch omdat er in de bijeenkomsten gebruik gemaakt wordt van opdrachten in subgroepen. Voorbeeld van een mogelijk opstelling:

Contact

Heeft u vragen over dit draaiboek of over andere materialen voortkomend uit het project ‘Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn’, mail dan naar: eol@amsterdamumc.nl.

Overzicht van de PowerPoint presentatie van bijeenkomst 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Duur** | **Onderwerp, doel en resultaat** | **Werkvorm** | **Inhoud (zie ook de toelichtingen onder de dia’s voor aanvullende informatie)** | **Benodigd** |
| 15 min | * Inloop
* Aankomen in de ruimte (letterlijk en figuurlijk)
* Alle deelnemers zijn aanwezig en zitten klaar voor de training
 | Geen | * Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom.
 | Dia 1 |
| 10 min; 0:00 – 0:10 | * Intro en basisregels
* Kennismaking met training en elkaar
* Deelnemers weten wat ze kunnen verwachten
 | Uitleg | * Zodra alle deelnemers binnen zijn stel je jezelf kort voor en geef je uitleg over de training en de eerste bijeenkomst
	+ Leerdoelen training
	+ Bijeenkomst 1 duurt 3 uur;
	+ Thema proactieve zorgplanning (wat is het, wanneer begin je erover te praten en met wie, samenwerking en organisatie);
	+ Verschillende werkvormen (presentatie, filmpjes, discussie, oefeningen, enzovoorts)
	+ Interactief; stel tussentijds vragen!
	+ Kennismaking
	+ Basisregels
 | Dia’s 2 - 4 |
| 20 min;0:10 – 0:30 | * Introductie in PZP (wat is het wel en niet), misvattingen, vaardigheden voor PZP
* Basiskennis over PZP geven (kan later in training naar terug gegrepen worden)
* Deelnemers kennen de basisprincipes van PZP
 | Filmfragment, reacties, informatie geven | * Introduceer het filmpje: we beginnen met een kort filmpje. Hierin komen twee huisartsen en een deelnemer aan een publieksbijeenkomst aan het woord. Die publieksbijeenkomsten gaan over de mogelijkheden van zorg aan het levenseinde en worden door heel het land gehouden. In een later stadium komen we daar nog kort op terug.
* Vraag reacties (bv sluit het aan bij wat je weet, is er iets wat je verrast?).
* Definitie van PZP (proces, geen eenmalig gesprek!; vroegtijdig)
* Benadruk dat het over kwaliteit van leven gaat en alle 4 domeinen van palliatieve zorg besproken worden
* Inhoud van PZP gesprekken worden weergegeven in het zorgplan en kunnen ook leiden tot aanpassingen in het zorgplan
* Benoem verschillen tussen PZP en gedeelde besluitvorming, bespreek dat vastleggen *onderdeel* is maar dat gesprekken belangrijkste van PZP proces is, eventueel ook verschil met NPPZ-term ‘proactieve zorg’ uitleggen (zal niet altijd nodig zijn)
* Bespreek gedachten en misvattingen die PZP gesprekken in de weg kunnen staan
	+ Vraag of deelnemers deze gedachten en (soms) misvattingen herkennen
	+ Vraag deelnemers hoe ze met deze gedachten en misvattingen om kunnen gaan
* Bespreek de basisvaardigheden van PZP, op deze vier bouwstenen kun je waar nodig/gewenst terug komen gedurende de training
 | Dia’s 5 – 9Filmpje |
| 12 min:0:30 – 0:42 | * Informatie over doelgroep voor PZP gesprekken
* Deelnemers passen de informatie toe op hun eigen werk en patiëntengroep
* Deelnemers hebben een helder(der) beeld bij de patiënten met wie ze in gesprek kunnen / willen
 | Uitleg, filmfragment, discussie | * Bespreek dia 10.
* Inleiding filmfragment:
* Toon het filmfragment.
* Groepsdiscussie kan per tafel of plenair, naar gelang inschatting docent. Bij discussie per tafel daarna plenair vragen naar belangrijkste discussiepunten of inzichten.
* Geef als docent toelichting bij vragen. Ga in op twijfels. Corrigeer misverstanden (bv dat vroegtijdig gesprek geen nut heeft).
 | Dia 10 en 11Filmpje  |
| 3 min:0:42 – 0:45 | * De opbouw van een PZP gesprek
* Deelnemers inzicht geven in mogelijke ingrediënten en/of opbouw van gesprekken
* Deelnemers hebben inzicht in de structuur
 | Informatie geven | Bespreek de dia. Leg uit dat niet alle elementen in elk gesprek altijd aan de orde moeten komen. Dit is (mede) afhankelijk van de gespreksonderwerpen die ter sprake komen. | Dia 12 |
| 25 min:0:45 – 1:15 | * Luisteroefeningen
* Deelnemers ervaren hoe makkelijk je soms onbewust bepaalde aannames doet en hoe het is om met of zonder oordeel te luisteren en toegehoord te worden
* Deelnemers zijn zich bewust(er) van hun eigen valkuilen bij het luisteren
 | Luisteroefeningen | * Introduceer de twee oefeningen; Een heel belangrijk onderdeel van PZP gesprek is om goed te luisteren naar wat de patiënt en naasten vertellen. We gaan nu twee luisteroefeningen doen om wat bewuster te worden van eventuele valkuilen die jullie (misschien) hebben.
* Doe de oefening op dia 13. (zie notities onder de dia)
* Bespreek na. Stel daarbij ook de vraag waarom bewustzijn van de valkuil van aannames belangrijk is voor PZP gesprekken.
* Introduceer de volgende oefening (dia 14). Die is in tweetallen, dus mogelijk moeten mensen wat schuiven qua zitplek.
* Geef het wisselmoment aan tijdens de oefening (roepen of bel of iets dergelijks).
* Bespreek na: hoe was het als luisteraar, hoe was het als verteller? Merkte je verschillen? Wat betekent dat voor PZP gesprekken die je wilt voeren?
 | Dia’s 13 en 14 |
| 20 min:1:15 – 1:35 | * Even bijkomen
* Pas op de plaats
* Deelnemers zitten opgefrist klaar voor tweede deel
 | Pauze | * Zijn er vragen tot nu toe?
* Geef aan hoe laat de deelnemers weer terug verwacht worden (bij voorkeur niet zeggen ‘over 30 minuten’, maar ‘om kwart over drie’).
 | Dia 15 |
| 1 min1:35 – 1:36 | * Opstarten na pauze
* Iedereen weer bij de les krijgen
* Deelnemers weten wat ze kunnen verwachten van het volgende deel
 | Informatie geven | * Zijn er vragen (er kunnen nieuwe vragen zijn opgekomen tijdens de pauze)?
 | Dia 16 |
| 10 min; 1:35 – 1:45 | * Het proces van PZP starten
* Deelnemers denken na over het startpunt van gesprekken
* Deelnemers zien aanknopingspunten voor PZP gesprekken
 | Uitleg, filmfragment, discussie | * Dia 17 bevat een animatie (zoals dat heet); de tekst verschijnt na een muisklik.
* Vraag eerst aan de deelnemers om tips, wanneer beginnen zij dit gesprek? En klik dan met de muis om de tekst te laten zien. Bespreek deze.
* Introduceer het filmfragment op dia 18: we gaan naar het volgende deel van het filmpje kijken, waarin huisartsen en POHs vertellen hoe zij het gesprek starten en wat er aan de orde komt.
* Toon het fragment (van 5:02 tot 7:36).
* Bespreek na, daag deelnemers vooral uit om na te denken hoe ze dit zelf gaan aanpakken. Zien ze kansen, wat zal makkelijk gaan, waar zien ze tegenop?
 | Dia’s 17 en 18 |
| 5 min:1:45 – 1:50 | * Instructies
* Deelnemers informeren over mogelijke zaken die van belang zijn om aan patiënten en naasten mee te geven
* Deelnemers zijn zich bewust van noodzaak van bepaalde instructies
 | Informatie geven  | * Bespreek de dia
 | Dia 19 |
| 2 min; 1:50 – 1:52 | * momenten voor herhaling van PZP gesprekken
* Deelnemers denken na over continuïteit van PZP als proces
* Deelnemers kennen aanknopingspunten voor vervolggesprekken
 | Informatie geven  | * Bespreek de dia
 | Dia 20 |
| 1 min;2:12 – 2:13 | * Pas op de plaats, zijn er nog vragen over het vorige deel?
* Deelnemers zijn bijgetankt voor volgende deel
 | Geen | * Zijn er vragen tot nu toe? (er kunnen vragen zijn opgekomen tijdens de pauze)
* Leidt het laatste deel in.
 | Dia 21 |
| 12 min;2:13 – 2:25 | * Samenwerkingsafspraken
* Deelnemers denken na over belangrijke samenwerkingspartners in PZP
* Deelnemers bespreken manieren van samenwerking
 | Uitleg, filmfragment, discussie | * Introduceer het filmfragment: we gaan naar het volgende deel van het filmpje kijken, waarin huisartsen en POHs hoe zij met elkaar samenwerken rond PZP.
* Toon het fragment (van 9:17 tot 11:36).
* Samenwerking gaat verder dan alleen overdracht; ga in gesprek met elkaar over belangrijke samenwerkingspartners rond de patiënt en hoe met deze partners samengewerkt kan worden.
 | Dia 22 |
| 20 min;2:25 – 2:45 | * Organisatie
* Deelnemers denken na over hoe zij PZP gesprekken in hun eigen dagelijks werk kunnen inpassen (inclusief samenwerking) en wat zij daarvoor nodig hebben (bv maken van afspraken, agendapunt tijdens werkoverleg, hulpmiddelen)
 | Discussie, filmfragment (optioneel) | * Lees vooraf hoofdstuk 2 van de handreiking voor implementatie.
* Bedenk voor de discussie op dia 23 of je wilt dat mensen dit gesprek rond een praktijk of per discipline voeren of gemengd of dat je het gesprek plenair voert (kan per groep verschillen).
* Benoem de punten op de dia en vraag of er nog andere belangrijke zaken zijn met het oog op duurzame borging van PZP.
* Laat deelnemers met elkaar bediscussiëren wat zij nodig hebben om PZP gesprekken structureel in hun dagelijks werk in te bouwen en te borgen.
* Benadruk dat het allemaal niet in een keer perfect geregeld zal zijn. Houdt de vinger aan de pols, sta open voor elkaars feedback, en stel plannen en procedures bij waar nodig.
* Optioneel filmfragment over vastleggen wensen.
* Optioneel: gebruik dia 28 over tips voor implementatie.
 | Dia 23Filmpje  |
| 7 min;2:45 – 2:52 | * Programma en voorbereiding volgende bijeenkomst
* Deelnemers weten wat ze van de volgende bijeenkomst kunnen verwachten
* Deelnemers weten hoe ze zich moeten voorbereiden op de volgende bijeenkomst
 | Informatie geven | * Bespreek dia 24
* Beantwoord eventuele vragen
 | Dia 24 |
| 7 min;2:52 – 2:59 | * Evaluatie
* Deelnemers kunnen aangeven wat ze van de bijeenkomst vonden en wat ze graag de volgende keer anders zien
 | Gesprek | * Vraag deelnemers wat ze inhoudelijk van de bijeenkomst vonden
* Vraag deelnemers naar verbeterpunten in organisatie en inhoud van de bijeenkomst
 | Dia 25 |
| 1 min;2:59 – 3:00 | * Afsluiting
* Deelnemers weten wanneer en waar de volgende sessie is
 | Gesprek | * Bespreek de dia
* Benoem hoe deelnemers desgewenst tussentijds contact met je kunnen opnemen
* Sluit af
 | Dia 26 |
| Reservedia |  |  | * Kan gebruikt worden om meer context te schetsen voor het belang van een brede insteek van PZP gesprekken.
 | Dia 27 |
| Reservedia |  |  | * Kan gebruikt worden om enkele praktische tips te geven voor implementatie van PZP. Naar gelang hoe de discussie loopt over de organisatie, kan deze erbij worden gehaald.
 | Dia 28 |

Overzicht van de PowerPoint presentatie van bijeenkomst 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Duur** | **Onderwerp, doel en resultaat** | **Werkvorm** | **Inhoud (zie ook de toelichtingen onder de dia’s voor aanvullende informatie)** | **Benodigd** |
| 15 min; 0:00 – 0:15 | * Inloop
* Aankomen in de ruimte (letterlijk en figuurlijk)
* Alle deelnemers zijn aanwezig en zitten klaar voor de training
 | Geen | * Zodra deelnemers binnenkomen heet je ze welkom.
 | Dia 1 |
| 10 min; 0:15 – 0:25 | * Introductie tweede sessie
* Opwarmen voor tweede sessie
* Deelnemers weten wat ze kunnen verwachten
 | Uitleg | * Bespreek dia’s 2 en 3 met de leerdoelen. Vraag hoe deelnemers aankijken tegen het lijstje van leerdoelen; waar willen ze vooral nog aan werken?
* Bijeenkomst duurt 3 uur.
* Bespreek programma en geef aan dat het vooral heel interactief is.
* Herhaal de basisregels.
 | Dia’s 2 - 5 |
| 30 min; 0:25 – 0:55 | * Waar sta ik?
* Eigen normen en waarden verkennen
* Deelnemers zijn zich bewust van eigen normen en waarden
* Deelnemers zijn zich ervan bewust dat hun eigen normen en waarden kunnen verschillen van die van anderen
 | Interactie / groepsgesprek | * Dia’s 5 – 11: Er wordt per dia een stelling of vraag gesteld waar ja/nee en eens/oneens op geantwoord kan worden. Het is de bedoeling dat deelnemers gaan staan als ze Ja of Eens antwoorden en gaan zitten bij Nee of Oneens (indien ruimte: naar een bepaalde kant van de kamer lopen). Als iedereen dit heeft gedaan vraag je een aantal personen om hun keuze toe te lichten. Als de vraag gevoelig ligt dan hoeven deelnemers niet te antwoorden. Interessant is om mensen met een verschillend antwoord aan het woord te laten en zo te laten zien dat normen / waarden / opvattingen kunnen (en mogen) verschillen. Vraag door. Per stelling is er ongeveer 5 minuten tijd om de stelling te bepreken.
* De werkvorm en de gekozen stellingen zijn te vervangen door een andere, naar eigen inzicht. Je kunt bijvoorbeeld ook de kaarten van ‘[Kiezen en delen](https://kiezenendelen.nu/)’ meenemen en elke deelnemer een kaart laten trekken en daarop laten reageren.
 | Dia’s 6-11 |
| 1 min; 0:55 – 0:56 | * Overgang naar volgend onderwerp
* Rust herstellen na interactieve deel
* Iedereen zit klaar voor volgende onderdeel
 |  | * Het eerste uur zit er alweer bijna op, we gaan nu door naar het volgende onderdeel.
 | Dia 12 |
| 24 min; 0:56 – 1:20 | * Culturele verschillen en rituelen – inleiding en casus
* Deelnemers reflecteren op het belang van culturele achtergrond bij PZP gesprekken
* Deelnemers reflecteren op situaties waar eigen normen en waarden mogelijk botsen met die van anderen
 | Informatie, discussie | * Deelnemers hadden mbt dit onderdeel huiswerk gekregen: ‘lees blz. 48-49 van de handleiding. Zorg dat je deze goed in je hoofd hebt zitten, en verwijs waar relevant naar informatie / een tip die daar staat.
* Dia 13 is een inleidende dia om te laten zien dat hoe wij in zorg communiceren ‘gekleurd’ wordt door onze culturele achtergrond. Vaak wordt bij culturele verschillen vooral gedacht aan verschillen tussen westers / niet-westers. Maar ook in Europa kunnen al duidelijke verschillen bestaan in communicatie in zorg. De dia gaat specifiek over communicatie aan het levenseinde.
* Dia 14: Kies een van de twee casussen (zie bijlage) uit en gebruik deze bij de opdracht. Laat deelnemers in groepjes van 3 de casus bespreken (15 min). Bespreek plenair na (5 min), daag deelnemers vooral uit om na te denken hoe zij met de situatie om zouden gaan, wat zij belangrijk vinden in contacten met de patiënt, en of zij bij deze casus verschillen bemerken t.o.v. eigen opvattingen over autonomie, zorg en wensen rond het levenseinde?
 | Dia’s 13 – 14Bijlage met casuïstiek |
| 20 min;1:20 – 1:40 | * Pauze
* Opladen voor de eindsprint
* Deelnemers zitten na pauze klaar voor volgende deel
 | Geen | * Zijn er vragen tot nu toe?
* Geen aan hoe laat de deelnemers weer terug verwacht worden (bij voorkeur niet zeggen ‘over 30 minuten’, maar zeggen ‘om kwart over drie’).
 | Dia 15 |
| 10 min; 1:40 – 1:50 | * Culturele verschillen en rituelen - context
* Deelnemers krijgen informatie over culturele diversiteit in Nederland
* Deelnemers hebben meer kennis over ouderen met een migratieachtergrond en hun mantelzorgers
 | Discussie, uitleg | * Deelnemers hadden mbt dit onderdeel huiswerk gekregen: ‘lees blz. 48-49 van de handleiding. Zorg dat je deze goed in je hoofd hebt zitten, en verwijs waar relevant naar informatie / een tip die daar staat.
* Dia’s 16-22 zijn bedoeld om context te schetsen met betrekking tot zorgcommunicatie met ouderen met een niet-nederlandse achtergrond.
* Dia 16: Het gaat hierbij niet om de getallen / percentages, maar vooral om duidelijk te maken dat het een substantiële groep is om rekening mee te houden en dat het belangrijk is om ook deze groep actief mee te nemen bij het aanbieden van PZP gesprekken.
* Dia 17: Ouderen met niet-westerse migratieachtergrond hebben vaker meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). (Ten minste twee aandoeningen onder ouderen met NL achtergrond 57%; Turkse achtergrond 81%; Marokkaanse achtergrond 79%; Surinaamse migratieachtergrond 71%). Dit zijn de kleuren blauw, lichtgrijs, donkergrijs bij elkaar opgeteld in het staafdiagram op de dia.
* Dia 18 en 19 gaan over zorggebruik onder ouderen met een migratieachtergrond en over mantelzorgers.
* Dia 20 gaat in op vaak genoemde verschillen in zorgvoorkeuren aan het levenseinde onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Benadruk dat dit algemeenheden zijn en dat dit per patiënt anders is. De afbeelding van NIVEA (niet invullen voor een ander) kan gebruikt worden als opmaat naar de volgende dia over het gespreksmodel.
 | Dia’s 16 - 20 |
| 20 min; 1:50 – 2:10 | * Culturele verschillen en rituelen – BELIEF, casus en PZP
* Deelnemers oefenen met het BELIEF gespreksmodel
* Deelnemers hebben handvatten gekregen voor PZP gesprekken met ouderen met een migratieachtergrond
 | Uitleg, rollenspel | * Deelnemers hadden mbt dit onderdeel huiswerk gekregen: ‘lees blz. 48-49 van de handleiding. Zorg dat je deze goed in je hoofd hebt zitten, en verwijs waar relevant naar informatie / een tip die daar staat.
* Dia 21 – 22: het BELIEF model. Om ruimte te creëren voor het verkennen van verschillende opvattingen en perspectieven kan gebruik worden gemaakt van het BELIEF model. Het gaat er niet om dat je dit model strak gebruikt en alle letters achtereenvolgens doorloopt. Het BELIEF model gaat vooral om het empathisch en lerend opstellen. Richt je dan ook vooral op die twee aspecten in het rollenspel (gebruik de casus uit de bijlage). Geef deelnemers 10 minuten voor het rollenspel en bespreek dit 5 min na. Vraag of mensen uit de voeten konden met het model en of de mantelzorger zich gehoord voelde.
* Dia 23: Tenslotte wordt in deze dia nog ingegaan op PZP gesprekken bij ouderen met een migratieachtergrond.
 | Dia’s 21 – 23Bijlage met casuïstiek |
| 1 min; 2:10 – 2:11 | * Overgang naar volgend onderwerp
* Afsluiting onderdeel over culturele verschillen
* Iedereen zit klaar voor volgende onderdeel
 |  | * Zijn er nog vragen?
* Inventariseren: Heeft iedereen minstens een PZP gesprek kunnen voeren?
 | Dia 24 |
| 35 min; 2:11 – 2:46 | * Bespreken van ervaringen van deelnemers met PZP gesprekken
* Deelnemers reflecteren op het (de) PZP gesprek(ken) die ze gevoerd hebben
* Deelnemers voelen zich gesteund door het delen van ervaringen en kijken uit naar volgende PZP gesprekken
 | uitwisseling | * Centraal in dit blok staat het uitwisselen van ervaringen en het van elkaar leren (bv via horen van elkaars werkwijze en uitwisselen van tips). De punten op de dia kunnen als leidraad dienen bij het bespreken van ervaringen of als geheugensteuntje dienen bij het stellen van vragen.
 | Dia 25 |
| 10 min; 2:46 – 2:56 | * Valkuilen
* Deelnemers worden zich bewust van enkele valkuilen bij het voeren van PZP gesprekken
* Deelnemers weten hoe zij deze valkuilen kunnen voorkomen
 | Uitleg | * Eigen mening: Het kan zo zijn dat je zelf al wel een mening hebt over wat het beste is voor de patiënt met wie je in gesprek bent. De voorbeeldvraag die op de dia staat is wel wat cru, maar het risico is, dat je door die eigen mening vergeet om open het gesprek aan te gaan. Als je een mening hebt, en grenzen stelt aan de zorg, is het wel goed om daar duidelijk over te zijn. Maar verberg die mening niet achter sturende vragen, of door het als een stelling te poneren met een vraagteken erachter zodat het lijkt of je de mening van de patiënt verwoordt. Het idee van ACP is dat je open in gesprek gaat en beide kanten van de weegschaal meeneemt.
* Eenzijdige focus: Natuurlijk zijn euthanasie en reanimeren belangrijke onderwerpen die onderdeel kunnen zijn van een PZP gesprek. Maar PZP biedt juist een mooie kans om veel meer met elkaar te bespreken. Als een patiënt zegt dat hij of zij een wilsverklaring heeft, is het goed om in gesprek te gaan over het waarom van die wilsverklaring. En ook om in het gesprek af te tasten wat de patiënt eigenlijk weet van palliatieve zorg. Er zijn veel misvattingen over reanimeren, pijnbestrijding, sedatie en euthanasie.
* Niet concreet: probeer goed stil te staan bij wat je nu echt begrijpt van wat iemand verteld, welk deel is duidelijk en wanneer ben je zelf aan het invullen wat iemand denkt / zegt? Denk terug aan de oefeningen over ‘luisteren’ uit bijeenkomst 1.
 | Dia’s 26 - 28 |
| 4 min; 2:56 – 3:00 | * Afronding
* Afsluiting van bijeenkomst 2
* Iedereen sluit met een goed gevoel de bijeenkomt af
 |  | * Dia 29: Kies hier een cartoon, liedje, gedicht om de bijeenkomst mee af te sluiten
* Dia 30: bedank iedereen voor de actieve inbreng en sluit de bijeenkomst af
 | Dia’s 29 - 30 |
| ReserveDia | * terugkombijeenkomst
 | Informatie geven | * Alleen gebruiken als er een terugkombijeenkomst gepland is. Dan hier de datum, tijd, locatie en contactgegevens invullen.
 | Dia 31 |
| ReserveDia | * Evaluatie
 | Discussie / uitwisseling | * Gebruik deze dia als je wilt eindigen met een mondelinge evaluatie; wat vonden deelnemers van de training, wat kan beter, wat moet vooral zo blijven
 | Dia 32 |
| Reserve Dia | * Wat kan moeilijk zijn bij het voeren van PZP gesprekken?
* Deelnemers reflecteren op mogelijke punten die zij lastig (gaan) vinden bij PZP gesprekken
* Deelnemers voelen zich voorbereid op diverse potentieel lastige situaties
 | Discussie, uitwisseling | * Gebruik deze dia als je het onderdeel over het uitwisselen van ervaringen rond PZP gesprekken wilt uitbreiden.
* Bekijk het film fragment (3:05).
* Vraag of deelnemers iets uit het filmpje herkennen.
* Vraag naar mogelijke lastige situaties waar deelnemers tegenop zien, en bedenk samen met de groep wat mogelijke ‘oplossingen’ / werkwijzen kunnen zijn in die situatie. Speel situaties eventueel na in een rollenspel (dit kan heel spannend zijn voor deelnemers, alleen doen als mensen hier open voor staan).
 | Dia 33Film fragment |

Bijlage 1. Docentenprofiel

Dit docentenprofiel beschrijft de gewenste competenties voor docenten die de training ‘Proactieve zorgplanning in de eerste lijn met de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten’ gaan geven. Gaat u de werkwijze implementeren, en bent u op zoek naar een geschikte trainer? Neem dan contact op met uw [lokale netwerk palliatieve zorg](https://palliaweb.nl/netwerken). De coördinator van het netwerk heeft goed zicht op de beschikbare expertise binnen het netwerk en kan op basis van dit profiel met u meedenken.

De volgende PZP-gerelateerde competenties zijn van belang:

* Is qua kennis en vaardigheden in staat om alle onderdelen van de training te behandelen.
* Kan op basis van ervaring en deskundigheid inspelen op vragen die leven over PZP onder deelnemers aan te training.
* Heeft ervaring met het voeren van PZP gesprekken in de eerste lijn.
* Is vertrouwd met zowel palliatieve zorg als ouderenzorg (bv omdat de docent hier zelf in werkt of recent nog gewerkt heeft).
* Is vertrouwd met de doelgroep (deelnemers aan de training) en kan hier bij aansluiten in kennisoverdracht.
* Is goed op de hoogte van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2017).
* Is vertrouwd met de richtlijn [Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase](https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning) en de handreiking [Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg](https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/handreikingen/een-handreiking-over-de-planning-van-de-medische-zorg-en-behandeling-voor-mensen-in-de-langdurige-zorg/overzicht-aanbevelingen). Dit betekent onder andere:
	+ dat PZP gezien wordt als een continu en dynamisch proces van communicatie met regelmatige evaluatie en mogelijke bijstelling van (levens-)doelen en keuzes van de patiënt. PZP-gesprekken voert u zo vaak als nodig / gewenst;
	+ dat PZP gesprekken breed worden ingestoken. Het gaat niet alleen om medische keuzes, maar ook over welzijn, sociale aspecten en/of zingeving. De wensen van de cliënt staan centraal.
	+ PZP wordt proactief en vroegtijdig aangeboden.
* Is zich bewust van het belang van interprofessioneel samenwerken in teamverband (eerste, tweede en derde lijn en transmuraal) en betrekt dit in het onderwijs.

Naast bovenstaande competenties, die specifiek voor deze training geformuleerd zijn, zijn ook basiscompetenties voor het geven van onderwijs van belang. Zo kan een goede docent:

* het juiste leerklimaat creëren binnen een klas (waarin deelnemers gestimuleerd worden om actief deel te nemen en verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen leerproces),
* inspelen op al aanwezige kennis en motivatie van deelnemers,
* interactie stimuleren,
* oog houden voor individuele noden en wensen,
* informatie op een aansprekende en duidelijke manier overbrengen, en
* passende werkvormen en leermiddelen inzetten.

Wilt u meer weten over competenties voor docenten? Er is door Programma Scholing PZ en O2PZ een meer algemeen docentenprofiel voor docenten die onderwijs palliatieve zorg geven aan het mbo, hbo, wo(+) en bij- en nascholingen. Dat profiel kunt u [hier](https://scholingpalliatievezorg.nl/projecten/docentenprofiel-palliatieve-zorg/) vinden.

Bijlage 2. Casuïstiek

**Casuïstiek bedoeld voor de training ‘Proactieve zorgplanning in de eerste lijn met de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten’**

Casus 1[[2]](#footnote-2)

Bij een 79-jarige Afghaanse mevrouw is een gemetastaseerd longcarcinoom gediagnosticeerd zonder curatieve behandelopties. De longarts heeft de huisarts hiervan op de hoogte gesteld. Tevens vertelde deze arts dat hij met de familie heeft afgesproken de diagnose voor mevrouw geheim te houden. Het geheim houden van de diagnose druist geheel in tegen de waarden van de huisarts. De huisarts neemt contact op met de familie.

Zelf spreekt mevrouw nauwelijks Nederlands, maar haar zoon beheerst de Nederlandse taal goed. Haar zoon legt aan de huisarts uit waarom de familie de diagnose niet aan hun moeder wil vertellen. Zij willen hun moeder niet onder druk zetten of teleur stellen. Als ze het zeggen versnelt dat misschien het proces van de ziekte. Als hun moeder naar haar ziekte vraagt, vertellen ze haar dat ze last heeft van een longontsteking en ouderdomskwalen. Het is niet duidelijk in hoeverre de patiënt zelf wel/niet wil worden ingelicht.

Een maand nadat het longcarcinoom is ontdekt krijgt mevrouw in het weekend last van pijn op haar borst en kortademigheid, waarvoor haar zoon de huisartsenpost belt. De triagist op de huisartsenpost laat direct een ambulance komen. De patiënte, die met de ambulance naar het ziekenhuis was gebracht, blijkt een pneumonie te hebben en wordt daarvoor enkele dagen opgenomen en behandeld met antibiotica. Nadat ze weer thuis is wordt de thuiszorg ingeschakeld.

Bespreek met elkaar: Wat zou u als zorgverlener doen met een verzoek van de familie om de diagnose niet aan de patiënt zelf te vertellen? Waarom?

Bespreek met elkaar: Is het mogelijk een PZP gesprek te voeren in deze situatie? Zo ja, hoe zou je dat aanpakken?

Achtergrondinformatie

Voor artsen in Nederland is het vanzelfsprekend de patiënt duidelijk te informeren over de medische situatie. Maar deze vanzelfsprekendheid hoeft voor (de familie van) patiënten met een migratieachtergrond niet altijd op te gaan. Daarom is het raadzaam in het begin van een zorgtraject de patiënt én zijn familie in te lichten over de regels in de Nederlandse gezondheidszorg voor het verstrekken van informatie. Geef aan dat de patiënt in principe geïnformeerd wordt, tenzij hij (zelf) aangeeft dat niet te willen. Wanneer u het vermoeden heeft dat de patiënt door zijn familie wordt afgeschermd, is het belangrijk na te vragen wat hiervoor de reden is. Hierbij kunt u ingaan op wat de consequenties voor het welbevinden van de patiënt kunnen zijn als deze niets weet, zoals gevoelens van onzekerheid of bedreiging. Als duidelijk is dat een patiënt geen informatie wenst te ontvangen is het belangrijk om dit te respecteren.

**Casuïstiek bedoeld voor de training ‘Proactieve zorgplanning in de eerste lijn met de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten’**

Casus 2[[3]](#footnote-3)

Een 79-jarige vrouw van Marokkaanse afkomst heeft al meerdere jaren hartklachten. Ze is zo'n 50 jaar geleden met haar man en kinderen naar Nederland verhuisd en spreekt en verstaat Nederlands. Echter, in het verleden is het u opgevallen dat mevrouw terug kwam van de specialist zonder echt te begrijpen wat er nou eigenlijk aan de hand was. U bent hierover met haar in gesprek gegaan en het blijkt dat mevrouw laaggeletterd is. Mevrouw mijdt contact met zorg en officiële instanties. Deels omdat ze de informatie niet begrijpt en ook omdat ze bang is dat ze formulieren moet invullen. Haar kinderen wonen verspreidt door Nederland. Een dochter woont redelijk in de buurt en gaat vaak met moeder mee naar medische afspraken en regels veel praktische zaken. In het verleden regelde haar man alle praktische en financiële zaken, maar is hier al een aantal jaren niet meer toe in staat. Hij is recent vanwege dementie opgenomen op een psychogeriatrische afdeling in een verpleeghuis. Mevrouw woont nu alleen. Ze vind het heel erg dat haar man niet meer thuis woont, en schaamt zich dat zij haar man 'in de steek heeft gelaten' omdat ze niet meer goed voor hem kon zorgen.

Na een exacerbatie waarvoor ze 2 weken in het ziekenhuis heeft gelegen, herstelt ze maar moeizaam. Een maand nadat ze uit het ziekenhuis ontslagen is, krijgt mevrouw in het weekend last van pijn op haar borst en kortademigheid. Omdat haar dochter met haar gezin een weekje naar de Ardennen is, wil ze haar dochter niet lastigvallen. Haar buurvrouw, die langs kwam voor een kopje thee, belt onmiddellijk de huisartsenpost. De triagist op de huisartsenpost laat direct een ambulance komen. De patiënte, die met de ambulance naar het ziekenhuis wordt gebracht, blijkt een pneumonie te hebben en wordt daarvoor enkele dagen opgenomen en behandeld met antibiotica.

Bespreek met elkaar: Is het mogelijk een PZP gesprek te voeren met mevrouw? Waarom wel / waarom niet?

Vervolg casus:

Na ontslag voert de huisarts een ACP-gesprek met haar. Ze vraagt daarbij naar de wens van de patiënte ten aanzien van reanimeren. Mevrouw wil nog wel graag gereanimeerd worden wanneer de situatie zich voordoet. De huisarts vraagt haar verder naar haar wensen ten aanzien van opname in het ziekenhuis en behandeling, zoals een opname op de intensive care, beademing of toediening van antibiotica. Mevrouw vind het belangrijk dat zij goede zorg krijgt, en sluit daarbij intensieve behandelingen niet uit wanneer zij daardoor zo lang mogelijk blijft leven.

Bespreek met elkaar: Wat missen jullie in dit gesprek(sverslag)?

**Casuïstiek bedoeld voor de training ‘Proactieve zorgplanning in de eerste lijn met de kwetsbare oudere patiënt en diens naasten’**

Oefenen met gespreksmodel BELIEF

BELIEFS - Wat is de oorzaak van de situatie met uw vader/moeder? Waar heeft hij/zij het meest last van? Wat heeft u zelf aan de klachten of de problemen gedaan?

EXPLANATION - Is er een reden dat u juist nu naar mij toekomt? Waarom maakt u zich juist nu zorgen? Heeft het probleem zich vergroot? Waarom?

LEARN – Hoe kijkt u aan tegen deze klachten? Hoe gaat u met dit probleem/deze klachten om?

IMPACT - Wat voor invloed heeft deze situatie op uw leven? Wat voor gevolgen heeft het voor uw werk; binnen het gezin, uw relatie?

EMPATHY – Toon medeleven. ‘Dit moet heel ingewikkeld zijn voor u’, ‘Ik zie dat u het er moeilijk mee heeft’, ‘Wat fijn voor u dat…’

FEELINGS - Hoe voelt u zich hierover? Wat doet dit alles met u? Lichamelijk? Geestelijk?

Casus[[4]](#footnote-4) (bouwt voor op casus 1):

De zorgverlener gaat in gesprek met Zainab, de dochter van mevrouw Mullah. Zij, haar broer Ahmad en diens vrouw Farah zijn de belangrijkste mantelzorgers van mevrouw Mullah. Mevrouw Mullah is een 79-jarige Afghaanse mevrouw met een gemetastaseerd longcarcinoom, zonder curatieve behandelopties. Zelf spreekt mevrouw nauwelijks Nederlands, maar haar kinderen beheersen de Nederlandse taal goed. Op verzoek van de familie heeft mevrouw haar diagnose niet te horen gekregen. De familie wil hun moeder niet onder druk zetten of teleur stellen of het proces van de ziekte versnellen. Mevrouw Mullah heeft aangegeven dat het voor haar belangrijk is dat de familie goed betrokken wordt bij de zorg, dat zij keuzes namens haar moeten maken, en dat zij volledig op hun oordeel vertrouwt. Er is beperkt thuiszorg aanwezig. Het grootste deel van de zorg gebeurt door Farah en Zainab. Ze wisselen elkaar af. Beiden hebben daarnaast deeltijd werk en een gezin.

Het rollenspel

De zorgverlener (huisarts, POH, wijkverpleegkundige) gaat in gesprek met Zainab. Mocht je op basis van bovenstaande informatie niet goed weten wat je wel en niet kan zeggen, dan improviseer je.

Doel zorgverlener: je wilt weten hoe het met mevrouw Mullah gaat en of de zorg naar wens is. Probeer zo goed mogelijk het perspectief van de mantelzorger te begrijpen. Gebruik het BELIEF model en focus daarbij op ‘Learn’ en ‘Empathy’. Vraag naar:

- functioneren en welzijn patiënt

- functioneren en welzijn mantelzorger

- ondersteuningsbehoefte

Doel mantelzorger: Jij hebt behoefte aan ondersteuning in de zorg voor je moeder. Je durft niet goed te zeggen dat je wilt dat er meer thuiszorg geregeld wordt. Je wilt graag dat de huisarts jou helpt je broer en moeder te laten inzien dat jij en Farah het niet alleen redden. Je maakt je ook zorgen over een dergelijk gesprek, omdat je moeder niet op de hoogte is van haar diagnose. Je wil niet dat je moeder door het gesprek hoop verliest.

1. Voor een brede basistraining palliatieve zorg verwijzen wij naar het lokale netwerk palliatieve zorg, zij kunnen informatie geven over de mogelijkheden. [↑](#footnote-ref-1)
2. Naar een casus uit: Arts van de Wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk [2012]. J. Suurmond, C. Seeleman, K. Stronks, M. Essink-Bot. Bewerkt door Marieke Torensma. Deze casus is eerder gebruikt in een training die ZonH gaf in 2018. [↑](#footnote-ref-2)
3. Deze casus is in aangepaste vorm eerder gebruikt in de training die ZonH gaf in 2018. [↑](#footnote-ref-3)
4. Naar een casus uit: Arts van de Wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk [2012]. J. Suurmond, C. Seeleman, K. Stronks, M. Essink-Bot. Bewerkt door Marieke Torensma. Deze casus is eerder gebruikt in een training die ZonH gaf in 2018. [↑](#footnote-ref-4)