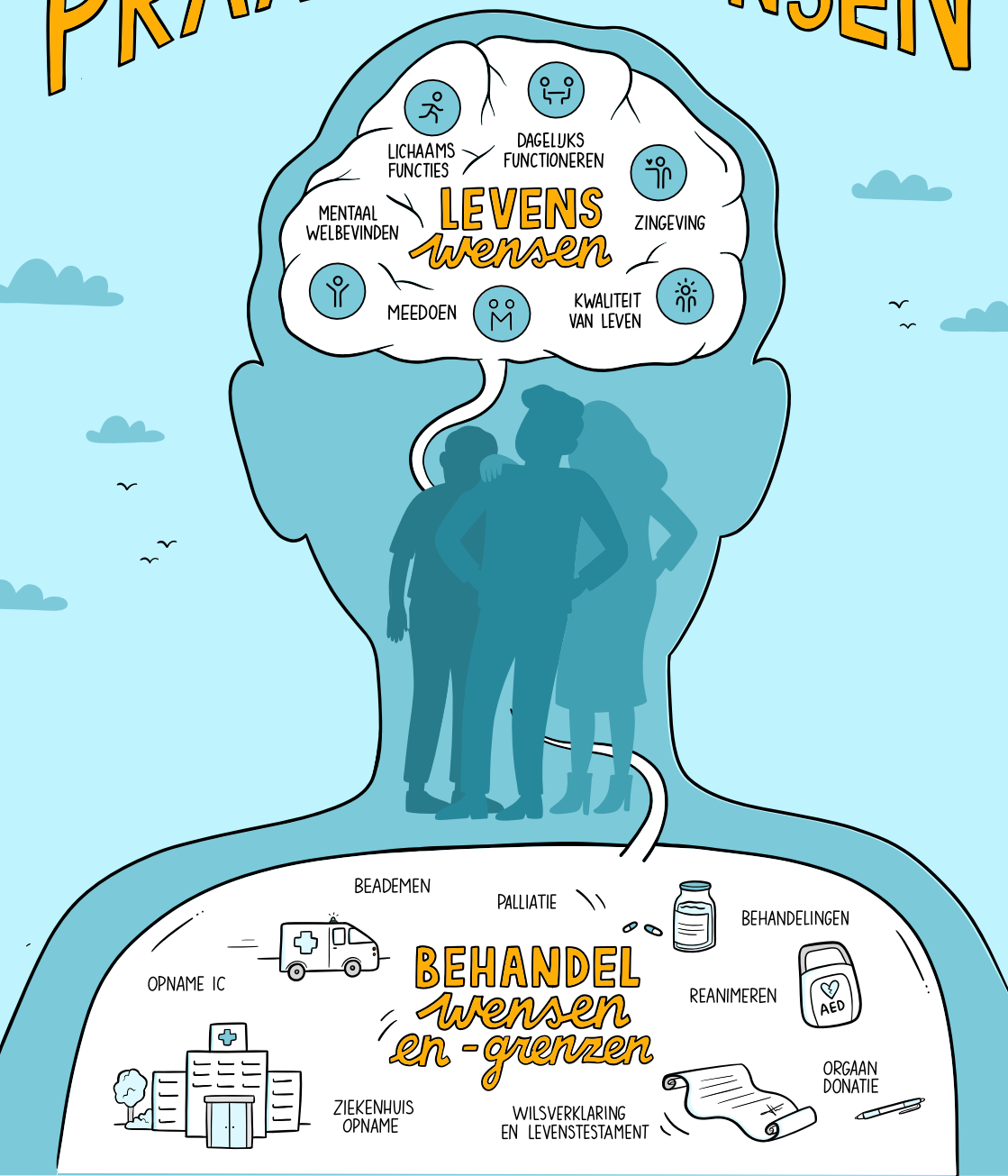


PROACTIEVE ZORGPLANNING PRAAT OVER WENSEN



PROACTIEVE ZORGPLANNING

Proactieve zorgplanning of Advance Care Planning (ACP) is de mogelijkheid voor individuen om persoonlijke doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te bepalen, deze te bespreken met naasten en zorgverleners en deze vast te leggen en zo nodig te herzien.

WAAROM?

Om cliënten realistische keuzes te laten maken over zorg en behandeling die past bij hun waarden, wensen, doelen en voorkeuren en ongewenste of niet noodzakelijke behandelingen te verminderen.

DOELGROEP

- Mensen bij wie het antwoord op de Surprise Question "nee" is: "Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?"
- Mensen met een toename van ernstig cognitieve beperkingen in een vroeg stadium

GESPREK BEGINNEN

- Bij vragen over de zorg rond het levens-einde
- Bij een melding van een wils- of euthanasie-verklaring
- Bij verhuizing naar een zorginstelling
- Bij een sterke verandering in de gezondheidssituatie
- Bij meerdere malen (ongeplande) opname in het ziekenhuis in een relatief korte periode
- Bij verhoogde kwetsbaarheid n dementie,

ongeneeslijke kanker, progressieve neurologische aandoeningen, progressief orgaanfalen (long, lever, nieren, hart), verhoogd risico op ernstige en blijvende invaliditeit na behandeling (COVID-19) en ernstig psychisch of spiritueel lijden

WAT BESPREEK JE?

De behandelend arts spreekt over behandelwensen en -grenzen. De niet-medische onderwerpen, de levenswensen, die worden door jou en/of de behandelend arts besproken.

Levenswensen (op basis van de dimensies van Positieve Gezondheid):

- Lichaamsfuncties: je gezond voelen/klachten en pijn/slapen
- Mentaal welbevinden: onthouden/jezelf accepteren/vrolijk zijn
- Zingeving: idealen willen bereiken/levenslust/accepteren
- Kwaliteit van leven: lekker in je vel zitten/balans/gelukkig zijn
- Meedoen: sociale contacten/steun van anderen/zinnvolle dingen doen
- Dagelijks functioneren: zorgen voor jezelf/je grenzen aangeven/hulp kunnen vragen



SPREEK AF WIE WAT DOET

Als POH, wijkverpleegkundige, casemanager/zorgtrajectbegeleider dementie kan je:

- Starten met het bespreken van levenswensen
- Inventariseren welke vragen een cliënt en naasten hebben
- De behoefte aan een gesprek signaleren en bespreekbaar maken bij de huisarts
- Samen bepalen wie dit verder oppakt

TIP

Geef de cliënt een levenswensen-kaart mee naar huis

LEG WENSEN EN VERWACHTINGEN VAST

Leg de informatie vast en draag het over, volgens de geldende regionale afspraken. Stel de huisarts op de hoogte van de afspraken.

HOUD ELKAAR OP DE HOOGTE

- Stimuleer de cliënt de wensen te bespreken met naasten
- Spreek af met de huisarts hoe je elkaar op de hoogte houdt
- Als je signaleert dat wensen en behoeften van de cliënt en/of naasten wijzigen, geef dit dan aan bij de huisarts

CHECKMOMENTEN

- Bij veranderingen in de gezondheidssituatie
- Na (ongeplande) ziekenhuisopname
- Voor opname in een zorginstelling

LEVENSWENSEN

- Hoe bent u tot nu toe met uw ziekte omgegaan?
- Wat is belangrijk voor u? Wat is kwaliteit van leven voor u?
- Wat wilt u nog kunnen?
- Door wie voelt u zich ondersteund?
- Waar hoopt u nog op? Waar bent u bang voor? Heeft u zorgen?
- Waar houdt u zich aan vast? Wat of wie geeft u kracht? Waar kijk u nog naar uit?
- Wie is voor u van betekenis?
- Wie mag er voor u spreken als u dat niet meer kunt?
- Zijn er dingen die geregeld moeten worden? (in de familie-sfeer, testament, financiën)
- Denkt u ooit na over de dood?
- Als het zover is, waar wilt u dan overlijden?
- Wat moet ik nog van u weten om u goed te kunnen helpen?



NETWERK PALLIATIEVE ZORG ZUIDOOST-BRABANT EN NETWERK KWETSBARE OUDEREN EN DEMENTIE
TOT STAND GEKOMEN MET MIDDELEN UIT HET CONVENANT VVT TRANSITIE 2018-2021