

RSA Palliatieve zorg: Proactieve zorgplanning

Wat is Proactieve zorgplanning

In de palliatieve zorg streven we naar vroegtijdige inzet en proactieve zorgplanning (in de regio Arnhem werd eerder de term 'Toekomstige Zorgplanning' gebruikt, maar we sluiten ons aan bij de landelijke term Proactieve zorgplanning). Onder proactieve zorgplanning (PZP) verstaan we het communicatieproces waarbij patiënten, diens naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger ondersteund worden om, in terugkerende gesprekken met zorgverleners (dynamische dialoog), o.b.v. hun eigen waarden en opvattingen, zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige ondersteuning, zorg en behandeling te bepalen en die vast te leggen in een zorgplan. PZP gaat in op zorgen en wensen/behoeften van mensen op lichamelijk, mentaal, sociaal en spiritueel vlak. Tevens gaat PZP in op angsten, hoop en verwachtingen van de patiënt en diens naasten. Het uitvoeren draagt bij aan meer passende behandeling, zorg en ondersteuning voor mensen in de laatste levensfase.

Wat is deze RSA

Deze RSA (regionale samenwerkingsafspraken) richt zich op het transmuraal integreren van PZP in het zorgproces voor patiënten met een chronische levenbedreigende aandoening en/of patiënten die in de palliatieve fase verkeren. Deze RSA biedt duidelijkheid over taken, rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners. Belangrijk uitgangspunt is dat betrokken partijen een gelijkwaardige rol hebben. Hierdoor kan gewerkt worden aan een individueel zorgplan waarbij de patiënt centraal staat en PZP wordt uitgevoerd in de vorm van een dynamische dialoog, ongeacht de plaats van verblijf van de patiënt en ongeacht waar de patiënt onder behandeling is.

De basis voor de RSA wordt gevormd door het transmuraal en multidisciplinair toepassen van het zogenaamde PZP stappenplan; een stapsgewijze benadering van stimuleren van de patiënt en zijn naasten tot PZP-gesprekken door structurele aandacht voor en uitvoering van:

1. Signaleren van een behoefte aan proactieve zorgplanning en/of markeren van de palliatieve fase.
2. Globaal en vrijblijvend informatie geven over PZP ondersteund door het uitreiken van een patiënten informatiefolder over PZP.
3. Periodieke groepsvoorlichting over PZP.
4. Gesprek(ken) over PZP op maat door de hoofdbehandelaar of andere zorgverlener(s) met de patiënt en diens naasten.

Actuele informatie is te vinden op www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl

Proactieve Zorgplanning: Uitwerking van stappen

Stap 1: Signaleren en markeren

Procesfase + activiteit	Norm / documentatie	Verantw.
<p>Vroegtijdige signalering van een behoefte aan proactieve zorgplanning en/of markering van een palliatieve zorgbehoefte draagt bij aan behoud van kwaliteit van leven van patiënt en naasten. Door signalering en markering wordt het proces van PZP opgestart. In de 'Blauwdruk Proactieve Zorgplanning' zijn alle procestappen uitgewerkt en instrumenten opgenomen (waar nodig ziektespecifiek). Start van proactieve zorgplanning kan op initiatief van de patiënt zelf en door de betrokken professionals. Start proactieve zorgplanning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij markeren van de palliatieve fase. - Wanneer ziekte-specifieke aanbevelingen of hulpmiddelen voor het inventariseren van kwetsbaarheid aangeven dat het moment voor PZP is aangebroken. - Zo spoedig mogelijk na stellen van een diagnose waarbij de patiënt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen door de aandoening te verwachten zijn. 	<p>Stappenplan Proactieve Zorgplanning</p>	HA/MS/Vs/PA/VPK



<p>De blauwdruk is in feite een transmurale en multidisciplinaire vertaling van de landelijke Richtlijn Proactieve Zorgplanning in de palliatieve fase (NHG, juli 2023) voor structurele en gestandaardiseerde toepassing in de dagelijkse reguliere zorg en zorgpaden in de regio Arnhem en De Liemers.</p>	<p>Richtlijn proactieve zorgplanning</p>	
<p>Markeren palliatieve fase</p>		
<p>Procesfase + activiteit</p>	<p>Norm / documentatie</p>	<p>Verantw.</p>
<p>Om de palliatieve fase te markeren wordt de zorgverlener getraind in het gebruik maken van zowel zogenaamde natuurlijke momenten (o.a. slecht nieuwsgesprek of transitie van ziektegerichte naar symptoomgerichte fase) of door gebruik van van instrumenten zoals o.a. de Surprise Question en SPICT. De keuze voor de manier van markeren ligt bij de zorgverlener, die de markering uitvoert. Let op: er zijn ook ziektespecifieke instrumenten beschikbaar, raadpleeg hiervoor de website.</p>	<p>Surprise Question SPICT Hulpmiddelen voor markering en proactieve zorgplanning op palliaweb</p>	<p>HA/MS/Vs/PA</p>
<p>Stap 2. Informeren patiënt en naasten</p>		
<p>Procesfase + activiteit</p>	<p>Norm / documentatie</p>	<p>Verantw.</p>
<p>Om na het markeringsgesprek de patiënt goed te informeren over de ontstane situatie en mogelijkheden, wordt m.b.v. een kort gesprek (zie script) de patiëntenfolder over Proactieve Zorgplanning uitgereikt. Daarnaast wordt in afstemming op de patiënt en naasten aanvullende informatie aangereikt (zie www.voorbereidinglaatstelevensfase.nl voor instrumenten).</p>	<p>Folder Script voor begeleidend gesprek bij folder</p>	<p>HA/MS/Vs/PA/VPK</p>
<p>Stap 3: Aanmelden deelname informatiebijeenkomst</p>		
<p>Procesfase + activiteit</p>	<p>Norm / documentatie</p>	<p>Verantw.</p>
<p>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.</p>	<p>Zo snel mogelijk na markeringsgesprek. Aanmelding via een centraal aanmeldpunt</p>	<p>HA/MS/Vs/PA/VPK</p>
<p>Stap 4: Uitvoeren PZP-gesprek op maat en vastleggen uitkomsten</p>		
<p>Procesfase + activiteit</p>	<p>Norm / documentatie</p>	<p>Verantw.</p>
<p>Patiënt, naasten en zorgverlener voeren PZP gesprekken. De patiënt en zijn naasten kunnen zich hierop voorbereiden met een keuzehulp.</p> <p>De zorgverlener kan voor het voeren van het gesprek gebruik maken van de landelijke gesprekskaart.</p> <p>Om de uitkomsten van het gesprek met patiënt en naaste vast te leggen, wordt gebruik gemaakt van de inhoud van het Formulier 'Uniform vastleggen proactieve zorgplanning'. De inhoud van dit formulier is voor alle betrokken zorgprofessionals opgenomen in de eigen dossiervoering (HIS, HIX, VIPlive, NEDAP, Gerimedica, etc.). Het PZP proces is onderdeel van de eigen dossiervoering in de organisaties en in de overdracht.</p>	<p>Keuzehulp Gesprekskaart Formulier Uniform vastleggen proactieve zorgplanning Praktijkadviezen vastleggen PZP</p>	<p>HA/MS/Vs/PA</p>



Transmuraal informeren zorgprofessionals		
Procesfase + activiteit	Norm / documentatie	Verantw.
<p>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.</p> <p>Wanneer nodig kan de betrokken professional bij belangrijke wijziging in wensen en behandelafspraken de regiebehandelaar informeren en in afstemming het PZP formulier aanpassen.</p> <p>Ook in gesprekken met ondersteunende zorg- en hulpverlening en vrijwilligers kunnen onderwerpen ter sprake komen die van belang zijn in het proces van PZP. Iedere professional/vrijwilliger die betrokken is in de palliatieve zorg neemt de verantwoordelijkheid de patiënt in het PZP proces te ondersteunen en waar nodig informatie over te dragen.</p>	<p>Afspraken gebruik OZO-Verbindzorg</p> <p>Behandelafspraken die van belang zijn in spoedsituaties zijn bekend bij alle betrokken zorgverleners.</p> <p>Een print van het PZP formulier kan aan de patiënt meegegeven worden.</p>	<p>HA/MS/VS/PA</p> <p>Iedere betrokken professional/vrijwilliger</p> <p>Iedere betrokken professional/vrijwilliger</p>
Vastleggen vervolgafspraken (dynamische dialoog)		
Procesfase + activiteit	Norm / documentatie	Verantw.
<p>Wanneer een patiënt op consult komt/een consult ontvangt (of binnen een zorgmoment) wordt door de betreffende professional gecheckt of er een PZP-formulier beschikbaar is. Nieuwe afspraken worden overgenomen in het eigen dossier. Wanneer nieuwe afspraken worden gemaakt, worden deze opnieuw vastgelegd in het 'Formulier Uniform vastleggen proactieve zorgplanning', voorzien van een datum en versienummer en geüpload in OZO verbindzorg.</p>	<p>Formulier Uniform vastleggen proactieve zorgplanning</p> <p>Afspraken gebruik OZO-Verbindzorg</p>	<p>HA/MS/VS/PA/VPK/VZ</p>
Melden van problemen/knelpunten		
Procesfase + activiteit	Norm / documentatie	Verantw.
<p>Melden van problemen, knelpunten of incidenten bij Netwerk Palliatieve zorg Regio Arnhem en De Liemers. Contactpersoon Bo van Aalst (npzra@onzehuisartsen.nl).</p>		<p>Netwerk palliatieve zorg Aarnhem en De Liemers</p>
<p>Netwerk Palliatieve Zorg organiseert een leer- en ontwikkeltraject Proactieve zorgplanning</p>		<p>Netwerk palliatieve zorg Aarnhem en De Liemers</p>
Onderhoud RSA		
<p>Deze RSA is ontwikkeld vanuit een werkgroep in het Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers. Deze werkgroep zal deze RSA tweemaal per jaar evalueren en waar nodig updaten. Vragen of opmerkingen kunnen verstuurd worden aan: npzra@onzehuisartsen.nl met als onderwerp "RSA palliatieve zorg – Proactieve Zorgplanning"</p>		

Bijbehorende protocollen

Landelijke Richtlijn Proactieve Zorgplanning in de palliatieve fase - <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>

Uitgangspunten

- Iedereen werkt volgens de principes van veilige informatieoverdracht.
- Geldende richtlijnen en wettelijke eisen worden gevolgd.
- Betrokken partijen nemen deel aan evaluatie en doorontwikkeling van deze RSA, onderhouden de afspraken en organiseren/nemen deel aan scholing.
- Doelgroep: Deze afspraken zijn bestemd voor huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, physician assistants, verpleegkundigen in thuiszorg, polikliniek en kliniek ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgenden in thuiszorg en verpleeghuis.

Doel

Alle inwoners van de regio Arnhem en De Liemers de mogelijkheid bieden om zich tijdig voor te bereiden op de laatste levensfase en zorg en ondersteuning zodanig in te richten, dat passende palliatieve zorg wordt geboden.

Definities

MS	=	Medisch specialist
HA	=	Huisarts
SO	=	Specialist Ouderengeneeskunde
VPK	=	Verpleegkundige in thuisituatie, verpleeghuis of ziekenhuis
VS	=	Verpleegkundig specialist
PA	=	Physician assistent
VZ	=	Verzorgende in thuisituatie of verpleeghuis

Beheer en Borging

Beoordelaar(s) Functie Huisarts Specialist ouderengeneeskunde Medisch specialist Verpleegkundig specialist palliatieve zorg 1 ^e lijn Verpleegkundig specialist palliatieve zorg 2 ^{de} lijn Verpleegkundige palliatieve zorg Patiëntvertegenwoordiger Coördinator Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers	Naam Erna Lindhout Esther van de Plasse Patricia van Mierlo Jeanet Leijs/Ciska Zerstegen Sander Vergouwen vacant vacant Bo van Aalst
Autorisator Functie Coördinator Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en de Liemers	Naam Bo van Aalst
Actualisatie procedure Versie 1.0 – 18 september 2023 opgesteld Versie 1.1 – 9 november 2023, actualisatie in termen en beschikbaarheid van tools en links, bestuurlijk vastgesteld Versie 1.2 – 27 juni 2024, linken naar brondocumenten aangepast	
Vastgesteld Door Dagelijks Bestuur Netwerk Palliatieve Zorg Regio Arnhem en De Liemers 9 november 2023	