

Toolkit proactieve zorgplanning in de VVT

Inhoud protocol

1. Het wat, waarom en wie

Proactieve zorgplanning



2. Wie doet wat?

Het gezamenlijk proactieve
zorgplanning proces



4. Wat bespreek je?

Randvoorwaarden en
aandachtspunten



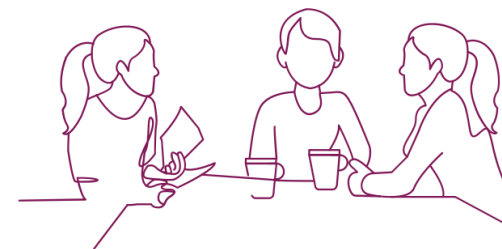
3. Wat zijn de stappen?

Om proactieve zorgplanning
in te zetten?



5. Een toolkit

Achtergronden,
hulpmiddelen en onder-
steuningsmogelijkheden



Deze wegwijzer voor VVT-zorgprofessionals
in de regio Apeldoorn & Zutphen e.o.
biedt handvatten om samen proactieve
zorgplanning in te zetten.
> Klik voor regionale afspraken op deze link.

○ Het wat, waarom en wie

Proactieve zorgplanning, wat is het?

Proactieve zorgplanning is een proces waarbij jij als zorgprofessional samen met de zorgvrager, diens naasten en/of zorgvertegenwoordiger levenswensen vaststelt voor huidige en toekomstige zorg, gebaseerd op persoonlijke waarden. Dit gebeurt in meerdere gesprekken, waarin je helpt wensen te formuleren op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel gebied.

Het is een doorlopend proces: wensen en keuzes kunnen in de tijd veranderen, daarom is regelmatig overleg nodig. Jij werkt samen met andere zorgprofessionals en zorgt dat iedereen, na toestemming van de zorgvrager, op de hoogte is van gemaakte afspraken en verantwoordelijkheden.

Waarom proactieve zorgplanning? Wat levert het op?

Door deze gesprekken kan de zorgvrager keuzes maken die aansluiten bij wat voor hem/haar belangrijk is. Vastgelegde en gedeelde afspraken verbeteren de zorgkwaliteit, vooral in de laatste levensfase en helpen onnodige zorg zoals overbehandeling of ziekenhuisopnames te voorkomen.

Zo kunnen zorgvragers vaker op de plek van hun voorkeur overlijden en hoeven zij hun verhaal niet steeds te herhalen. Dit bevordert samenwerking en zorgt dat de zorg blijft aansluiten bij veranderende behoeften en wensen.

Proactieve zorg kan worden opgestart bij de zorgvrager

- met vragen over de zorg rond het levenseinde
- die als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door screening
- waarbij te verwachten is dat deze binnen een jaar zal overlijden
- die wordt opgenomen in een zorginstelling

Met één of meer van onderstaande kenmerken:

- met een ongeneeslijke, chronische of progressieve ziekte
- met een leeftijd van 70+
- met een verhoogde kans op een hart of ademhalingsstilstand
- met (beginnende) cognitieve beperkingen
- met een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit

Wie doet wat?

Wie doet wat in het gezamenlijke proces Proactieve zorgplanning proces?

Bij proactieve zorgplanning zijn verschillende zorgverleners in de keten betrokken, waardoor informatie-uitwisseling en afstemming over taken en verantwoordelijkheden belangrijk is. In de thuissituatie is de huisarts als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor het vaststellen van individuele behandelwensen en medisch beleid. In de intramurale setting ligt de eindverantwoordelijkheid bij de medisch behandelaar. De verpleging heeft een belangrijke rol in de voorbereiding, verkenning en vaststelling van (zorg)behoeften.

	Signalering noodzaak en voorbereiden en verkennen behoeften	Het gesprek voeren en vaststellen en vastleggen van (zorg) behoeften	Het gesprek voeren en vastleggen medisch beleid en wilsverklaring 1
Huisarts/ Specialist oudergeneeskunde	✓	✓	✓
Verpleegkundig specialist/ PA	✓	✓	✓ ²
POH ouderenzorg	✓	✓	✗
(gespecialiseerd) wijk-regie verpleegkundige / CMD	✓	✓	✗ ³
Verzorgende/ helpende	✓	✓ ⁴	✗
Paramedische diensten, geestelijk verzorger	✓	✗	✗

1. > De wilsverklaring en/of > euthanasieverklaring mag door de zorgvrager zelf of samen met de professional worden opgesteld en wordt altijd besproken met de huisarts of medisch behandelaar.
2. De verpleegkundig specialist adviseert op medisch beleid aan de huisarts en in intramurale setting aan specialist ouderen geneeskunde.
3. > Reanimatie wensen worden, conform reanimatie-beleid eigen organisatie vastgelegd. Ook eventuele andere beschikbare medische afspraken kunnen worden

- vastgelegd onder medische documenten, hierbij dient een kopie van het document van de arts te worden toegevoegd.
4. Verzorgenden en helpenden signaleren de behoefte aan proactieve zorgplanning en bespreken in het contact wat voor de cliënt belangrijk is. Zij leggen deze informatie feitelijk vast in het zorgdossier en dragen signalen en wensen over aan de (gespecialiseerd) wijk-/regie-verpleegkundige, die het verdere PZP-proces en de medische behandelafspraken oppakt.

Wat zijn de stappen?

1.

Bewustwording zorgvrager proactieve zorgplanning

De zorgvrager bewust maken van proactieve zorgplanning en mogelijkheden laten zien.

1. Vraag of de zorgvrager al heeft nagedacht over **> wensen voor huidige en toekomstige zorg** (en of dit ergens is vastgelegd). Binnen organisaties waar WLZ zorg geboden wordt, zal vervolg gegeven worden aan de afspraken die in het voorliggende traject in de eerste lijn gemaakt zijn. In de intramurale revalidatiezorg kan in samenspraak met de zorgvrager gekozen worden om de stappen te doorlopen zoals beschreven op de volgende pagina's.
2. Bespreek wat proactieve zorgplanning inhoudt en de meerwaarde ervan.
3. Deel de **> brochure voor zorgvragers** uit en licht deze toe.
4. Inventariseer kort wat al bekend is uit eerdere trajecten en welke wensen of waarden de zorgvrager heeft.

5. Gebruik **> signaleringsinstrumenten** om te bepalen of de zorgvrager in aanmerking komt.

6. Meld aan de (gespecialiseerd) wijk/regie verpleegkundige als de zorgvrager openstaat voor een gesprek.

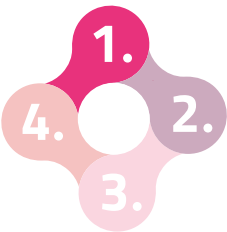
TIP

Wijkverpleging voor borging

Maak van het PZP proces een vast aandachtspunt tijdens het intakegesprek en evaluaties.

Door wie?

Alle zorgprofessionals hebben een rol



Wat zijn de stappen?

2.

Het voorbereiden en voeren van het gesprek

1. Neem contact op met de zorgvrager en plan een afspraak. Raadpleeg eventueel collega's voor advies of relevante informatie uit eerdere trajecten.
2. Tijdens het gesprek inventariseer je de wensen, behoeften en verwachtingen binnen de (palliatieve) domeinen: lichamelijk, psychologisch, sociaal, zorgverlening en spiritueel. Zie hiervoor > pagina 'wat bespreek je tijdens het gesprek'.
3. Bespreek zorg en behandelwensen en grenzen. Schakel de huisarts of medisch behandelaar in om de medische wensen en het beleid vast te stellen via het > **formulier proactieve zorgplanning** of het ECD.
4. Plan indien nodig een vervolgspraak. Laat het wensenboekje achter of verwijs hiernaar (> zie **toolkit**).

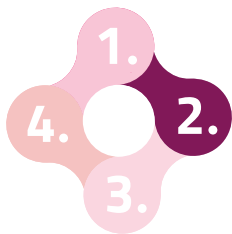


TIP

Bij een complexe casus of twijfel kan er laagdrempelig een palliatief zorgverpleegkundige ingeschakeld worden om te ondersteunen of een gesprek te voeren.

Door wie?

(Gespecialiseerd) regie/wijk verpleegkundigen, casemanagers dementie.



Wat bespreek je tijdens het gesprek?

Levenswensen en behandelwensen

De onderwerpen die tijdens een gesprek aan bod komen, zijn verdeeld in twee hoofddelen. Het eerste deel richt zich op de levenswensen van de zorgvrager en bespreekt de kwaliteit van leven en de benodigde zorg. Het tweede deel gaat over behandelwensen, behandelgrenzen en wilsverklaringen, waarbij de focus ligt op het maken van behandelkeuzes. > **De Gesprekswijzer wijkverpleging** wordt als leidraad gebruikt voor het gesprek.

Randvoorwaarden

Om keuzes te kunnen maken over de zorg en ondersteuning in de huidige en toekomstige situatie, moeten zorgvragers en naasten inzicht hebben in:

- De gezondheidssituatie van de zorgvrager
- De diagnose, het ziektebeeld en het mogelijke verloop
- De mogelijkheden voor passende zorg (thuis) en de grenzen die er daarbij zijn
- Welke zorgverleners betrokken zijn

TIP

Motiveer de cliënt en naasten om zich voor te bereiden op het gesprek, hiervoor zijn hulpmiddelen te vinden in > **de toolkit**.

Aandachtspunten

- Creëer een veilige en open sfeer
- Pas de gespreksstijl aan op de zorgvrager: houdt rekening met de communicatievoorkeuren en het taalniveau
- Verken waarden, wensen en behoeften
- Betrek naasten indien gewenst
- Blijf neutraal en oordeel vrij, wees hierin bewust van je eigen normen en waarden
- Toon dat je de tijd neemt voor het gesprek, gebruik de LSD-techniek (Luisteren, samenvatten, doorvragen)
- Als er een stilte valt is dit niet erg, dit geeft de ander ruimte
- De mogelijkheden voor passende zorg (thuis) en de grenzen die er daarbij zijn
- Welke zorgverleners betrokken zijn

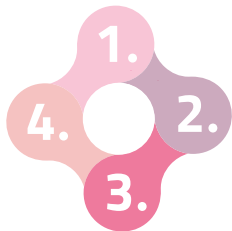
Wat zijn de stappen?

3. Zorg en behandelwensen en grenzen vastleggen

1. De besproken wensen rondom de zorg worden door de verpleegkundige of huisarts/medisch behandelaar vastgelegd.
2. De besproken behandelwensen en grenzen moeten door de huisarts of medisch behandelaar worden vastgelegd via het > **formulier proactieve zorgplanning** of het ECD.
3. Per organisatie worden de afspraken vastgelegd in het eigen patiëntendossier (zie hiervoor eigen werkinstructie organisatie).
4. Informeer de zorgvrager waar hij/zij de gemaakte afspraken kan inzien of geef het op papier.
5. Laat de zorgvrager dit ook met naasten delen, zodat zij ook op de hoogte zijn.
6. Vraag of de gemaakte afspraken gedeeld mogen worden met andere betrokken zorgverleners, zoals de huisarts.

Door wie?

(Gespecialiseerd) regie/wijk verpleegkundigen, casemanagers dementie



Wat zijn de stappen?

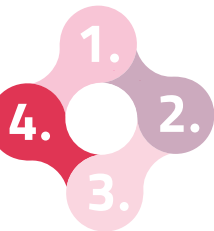
4.

Zorg-/behandelwensen en grenzen delen

- De zorgvrager is zelf mits wilsbekwaam, verantwoordelijk voor de communicatie naar eigen familie.
- In de regio wordt geadviseerd om gebruik te maken van het proactieve zorgplan Salland. > **Klik hier** voor instructie hoe je het formulier voor proactieve zorgplanning invult in OZO.
- De huisarts/medisch behandelaar moet altijd op de hoogte worden gebracht, deze is eindverantwoordelijk.
- Binnen de regio in de eerste lijn delen we de informatie aan de betrokken zorgverleners en de zorgvrager via > **OZO-verbindzorg**. Zorg dat dit vroegtijdig wordt gedaan.
- PZP is een standaard onderdeel van reguliere overdracht, ook noteren als dit niet besproken is.

Door wie?

(Gespecialiseerd) regio/wijk verpleegkundigen, casemanagers dementie



In onze regio

Regionale procesafspraken PZP

Voor wie

Zorgverlener

Waar te vinden

> Website Netwerken Oost-Veluwe en regio Zutphen

Algemeen zorgvrager

Onderwerpen waar de zorgvrager over na kan denken en informatie hierover

Voor wie

Zorgvrager

Waar te vinden

> Keuzewijzer en informatie over het levenseinde
 > Notitieboekje: "Wat ik wil (zeggen)"
 > Praat vandaag over morgen
 > Praat op tijd over je levenseinde
 > Weet wat u wilt
 > Wilsverklaring *en/of* euthanasieverklaring
 > Praatkaart voor partners of naasten

Zorgvragers met dementie

Zorgvrager

Interne documenten

Het registreren van het gesprek in het ECD

Reanimatie beleid

Voor wie

Zorgverlener en zorgvrager

Zorgverlener

Waar te vinden

Platform van de organisatie

Platform van de organisatie

Algemeen zorgverlener

Algemene informatie gericht op de palliatieve zorgvrager

Voor wie

Zorgverlener

Waar te vinden

> Pallialine.nl
 > Surprise Question en Signaleringskaarten
 > SPICT
 > Hulpmiddelen palliatieve zorg
 > Centrum voor Levensvragen Oost-Veluwe
 > Centrum voor Levensvragen regio Zutphen
 > Richtlijn langdurige zorg
 > Gesprekswijzer dementie
 > Transmuraal zorgpad

Gesprekskaarten en zorgpaden

Zorgverlener