

Stappenplan Advance Care Planning (ACP) – Proactieve Zorgplanning

Stap 1. Markering



Met welke patiënten voert u een gesprek over de laatste levensfase?

Bij patiënten:

- Met vragen over de zorg rond het **levenseinde**.
- Die als **kwetsbare oudere** wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening.
- Waarbij te verwachten is dat de patiënt **binnen een jaar** zal overlijden.
- Die worden opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis.
- Met één of meer van onderstaande **kenmerken**:
 - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte.
 - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychische vitaliteit.
 - een **verhoogde kans** op een hart of ademhalingsstilstand.
 - (beginnende) cognitieve beperkingen.
 - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.

Een hulpmiddel hierbij is de zogenaamde **Surprise Question**:
“Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?”.

Wie voert het gesprek over de laatste levensfase?

Huisarts of specialist.

Stap 2. In kaart brengen



Wat breng je in kaart?

1. Basisgegevens

Een wilsverklaring [link]

2. Palliatieve domeinen

- a) somatische domein
- b) zorgverlening en ADL
- c) sociale en financiële context
- d) psychische domein
- e) existentiële of zingevingsdomein

3. Medicatieoverzicht

Vraag de patiënt om toestemming voor overdracht van het medicatieoverzicht via het LSP.

4. Proactief zorgplan -> bedoeld voor mogelijke toekomstige problemen op allerlei vlakken.

Wie moet dit in kaart brengen?

De huisarts of de specialist, evt. samen met de wijkverpleegkundige.

Hoe breng je dit in kaart?

Door middel van een gesprek, bijv. in bijzijn van familie of mantelzorgers.

Stappenplan Advance Care Planning (ACP) – Proactieve Zorgplanning

Stap 3. Vastleggen



Hoe en waar leg ik het gesprek vast?

Schriftelijk en/of digitaal met een overdrachtsformulier.

Een voorbeeld overdrachtsformulier vind je op <http://consortiumligare.nl/themas/markering-en-proactieve-zorgplanning/instrumenten/>

Registreren in HIS

- Bij aanwezigheid van een wilsverklaring in memo of op **attentieregel**: (NR) wilsverklaring.
- Probleem **A 20 (verzoek/gesprek euthanasie) aanmaken** en daar (NR) wilsverklaring invullen, dit probleem **prioriteit 1** geven.
- Formulier scannen en dan koppelen aan probleem (NR) wilsverklaring.
- Formulier in map bewaren met wilsverklaringen binnen praktijk.
- Bij verwijzing naar 2e lijn, probleem (NR) wilsverklaring meenemen (bij verwijzing via **Zorgdomein** of vermelden in de verwijsbrief).
- Een oriënterend gesprek over ACP wordt vastgelegd onder de **episode A 58**.
- Jaarlijks de wilsverklaringen met de patiënt **updaten**.

Uitdraaien in tweevoud!

Registreren bij patiënt

Zorg dat er een kopie van de wilsverklaring en een verslag van de gemaakte afspraken aanwezig zijn in het **thuiszorgmap** of bij andere belangrijke documenten.

Stap 4. Overdracht



Aan wie en hoe moet ik de wilsverklaring en het proactieve zorgplan overdragen

- **De patiënt** – krijgt een schriftelijk kopie (doet zelf overdracht naar familie indien deze niet aanwezig zijn bij het gesprek).
- **Wijkverpleging** via de thuiszorgmap.
- **Dokterswacht**: In webHIS portal van DWF formulier “**aandachtspatiënt**” invullen.
- **Ziekenhuis** via de fax of schriftelijk.
- **Zorginstelling, dagopvang**, via de zorgmap.