

# Proactieve zorgplanning in de wijkverpleging

icare

**Het verlenen van passende en betekenisvolle zorg en ondersteuning** betekent het tijdig met de klant in gesprek gaan over wensen en voorkeuren over de huidige en toekomstige zorg in de laatste fase van het leven.

De wijkverpleging speelt, samen met de behandelend arts en andere betrokken zorgverleners, een belangrijke rol bij de gesprekken over Proactieve zorgplanning (of Advance Care Planning). Door de vaak persoonlijke en vertrouwelijke relatie met de klant kan goed worden ingespeeld op de behoefte of soms noodzaak voor een ACP gesprek met de klant.

Deze wegwijzer is bedoeld voor wijkverpleegkundigen, HBOV GG, casemanagers dementie, gespecialiseerd verpleegkundigen/Verpleegkundig Specialisten palliatieve zorg en biedt handvatten om samen met het team ACP in te zetten.

## Inhoud Wegwijzer

### **A** **Het wie, wat, waarom en waarmee**

van Advance Care Planning

Ga naar dit onderwerp ►

### **B** **Wie doet wat**

in het gezamenlijk ACP proces?

Ga naar dit onderwerp ►

### **C** **Wat zijn de stappen**

om ACP in te zetten?

Ga naar dit onderwerp ►

### **D** **Leidraad voor het gesprek**

met randvoorwaarden en tips

Ga naar dit onderwerp ►

### **E** **Specifieke doelgroepen**

met aanvullende aanwijzingen voor Corona en Dementie

Ga naar dit onderwerp ►

### **F** **Een toolbox**

met achtergronden, hulpmiddelen en ondersteuningsmogelijkheden

Ga naar dit onderwerp ►



*Proactieve zorgplanning bouwt een brug tussen wat mensen nu willen en kunnen beslissen en het moment dat anderen voor hen moeten beslissen.*



# Wie, wat en waarom

## Advance Care Planning (ACP)

ACP is een proces waarbij klanten, hun naasten en/of zorgvertegenwoordiger ondersteund worden om, in terugkerende gesprekken met zorgverleners, op basis van hun eigen waarden en opvattingen, zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige zorg en behandeling te bepalen en die vast te leggen in het zorgplan.

### Waarom Advance Care Planning? Wat levert het op?

ACP-gesprekken zijn bedoeld om te spreken over wensen, doelen en voorkeuren van zorg van de klant, zodat geïnformeerde en realistische keuzes gemaakt kunnen worden (gedeelde besluitvorming), die aansluiten op wat voor de klant belangrijk is.

Voor de klant en zijn naaste(n) levert proactieve zorgplanning winst op door het behoud (of terugnemen) van de eigen regie. Het biedt rust en zekerheid wanneer wensen, behoeften en verwachtingen kenbaar gemaakt zijn en daarnaar gehandeld kan worden. Een betekenisvol proces dat bijdraagt aan kwaliteit van leven en sterven.

### Voor wie is ACP?

Het ACP-gesprek hoeft niet altijd alleen om het levenseinde te gaan. Het gaat óók over wat te doen als (zelfstandig) functioneren op termijn niet meer lukt en de klant op dat moment niet in staat is een weloverwogen keuze te maken. ACP-gesprekken worden dan ook bij voorkeur gevoerd voordat een acute verslechtering optreedt en deze keuzes niet meer of alleen onder tijdsdruk gemaakt kunnen worden.

### ACP kan worden opgestart bij de klant:

- die er zelf om vraagt
- die als kwetsbaar wordt geïdentificeerd
- met een levensverwachting van < 1 jaar.  
Stel hiervoor de **Surprise Question**  
(Zou het mij verbazen wanneer deze persoon binnen een jaar komt te overlijden?)
- met (beginnende) cognitieve beperkingen, diagnose dementie
- met een ongeneeslijke of progressieve ziekte
- waarbij de gezondheidssituatie verslechtert of er veranderende (risicovolle) omstandigheden zijn
- waarbij de wijkverpleging hier aanleiding toe ziet

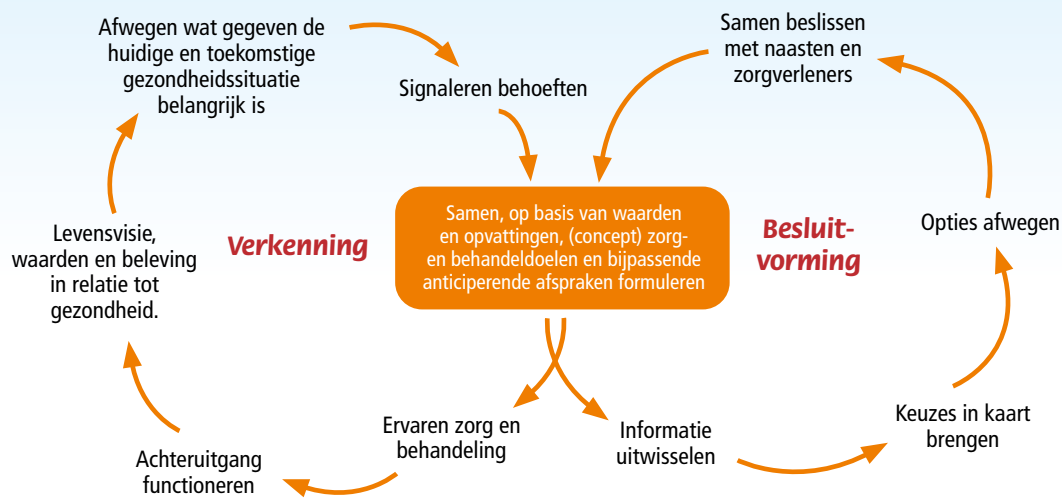




# Wat en waarmee

## Het ACP-gesprek is geen eenmalige interventie

Vragen en gedachten hebben soms even tijd nodig om te landen, zeker als dit gaat over levensdoelen of persoonlijke waarden. Ook het maken van keuzes over welke zorg daar nu en in de toekomst bij past vraagt tijd, waarbij gemaakte keuzes ook weer kunnen veranderen. Proactieve zorgplanning is daarom een continu en dynamisch proces van meerdere gesprekken, waarin een (deel van) de verschillende thema's wordt besproken en waarbij er blijvend contact is over (veranderende) behoeften, wensen, verwachtingen en doelen. ACP is een onderdeel van het verpleegkundig proces en sluit aan op de visie van zorg van Icare om te werken vanuit behoeftebepaling en het bieden van passende zorg.



Bron afbeelding: Verenso

## Gesprekswijzer ACP

Binnen Icare wordt de ACP gesprekswijzer gebruikt om wensen, doelen en voorkeuren van de klant gestructureerd te inventariseren. De palliatieve domeinen (lichamelijk, psychologisch, sociaal en het zingeving- of spiritueel domein) zijn in de ACP gesprekswijzer ondergebracht in zes gespreksthema's.

- Dagelijkse zorg
- Omgaan met het levenseinde
- Dagelijks plezier
- Financiële en juridische aspecten
- Medische behandeling en beleid
- Wonen en relaties

De gesprekswijzer is ontwikkeld voor dementie, maar breed toepasbaar en biedt per thema vragen en verdiepende onderwerpen om het gesprek te voeren. De vragenlijst is uitgebreid met vragen op het gebied van palliatieve zorg. De uitkomsten van het gesprek kunnen worden vastgelegd in het klinimetrisch instrument ACP Verpleging in ONS (tabblad Klinimetrie). Medische informatie kan worden vastgelegd bij Medisch beleid in ONS (tabblad Overzicht - Medisch overzicht).



[Bekijk de ACP gesprekswijzer – patiëntversie](#)



[Bekijk de vragenlijst ACP Verpleging in ONS \(klinimetrie\)](#)



[Bekijk medisch informatie in ONS \(medisch beleid\)](#)





# Wie doet wat?

## Wie doet wat in het gezamenlijk ACP proces?

Bij proactieve zorgplanning zijn verschillende zorgverleners in de keten betrokken, waardoor informatie uitwisseling en afstemming over taken en verantwoordelijkheden belangrijk is. De huisarts is hierbij als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor het vaststellen van individuele behandelwensen en medisch beleid. De wijkverpleging speelt een belangrijke rol in de voorbereiding, verkenning en vaststelling van (zorg)behoeften.

	Signalering behoefte/ noodzaak ACP gesprek en ondersteunen (voorbereiden en verkennen behoeften)	ACP-gesprek en vaststelling en vastlegging (zorg) behoeften (mbv ACP gesprekswijzer)	ACP-gesprek en vaststellen en vastlegging medisch beleid en wilsverklaring <sup>1</sup>
Huisarts	✓	✓	✓
POH	✓	✓	✗
Verpleegkundig Specialist (palliatieve zorg)	✓	✓	✓ <sup>2</sup>
Casemanager dementie, gespecialiseerd verpleegkundigen (palliatieve zorg)	✓	✓	✗ <sup>3</sup>
(Wijk)verpleegkundige HBO-GG	✓	✓	✗ <sup>3</sup>
Verzorgende IG	✓	✗	✗
Specialist ouderengeneeskunde	✓	✓	✓

- 1 De wilsverklaring mag door de patiënt zelf of samen met de professional worden opgesteld. Dient echter altijd te worden besproken met de huisarts of medisch specialist.
- 2 De Verpleegkundig Specialist adviseert op medisch beleid aan de huisarts.
- 3 Reanimatiewensen worden, conform [reanimatiebeleid Icare](#), vastgelegd in ONS onder medisch beleid. Ook eventuele andere beschikbare medische afspraken kunnen worden vastgelegd in ONS onder medisch beleid. Dit dient te gebeuren o.v.v. datum, de afspraak en een kopie van het document van de arts.





# Wat zijn de stappen?

## Vorbereiding

- Bekijk, bij voorkeur met het hele team, de informatie over ACP op intranet;
- Bekijk ook de eventuele regionale afspraken met ketenpartners.

Bekijk deze documenten



### 1 **Inschatting kwetsbaarheid**

Inventariseer de kwetsbaarheid van je klanten met je team en/of met het MDO (palliatief/ouderenzorg) in de huisartspraktijk. Hulpmiddelen:

- Screeningsinstrumenten kwetsbaarheid;
- Surprise Question;
- Eigen professionele blik betreffende de gezondheidssituatie of (veranderende) omstandigheden;
- Zorgdossier voor reeds geregistreerde afspraken, bv. over reanimatie.

### 2 **Afstemming huisarts/POH**

Bespreek met (het MDO van) de huisartspraktijk :

- Welke afspraken zijn er binnen een praktijk over aanpak, rolverdeling, rapportage en communicatie?
- Welke klanten van Icare zijn al benaderd door huisarts/POH. Is er informatie beschikbaar?
- Met welke klanten is al door ons voorbereidend over ACP gesproken?
- Welke klanten staan open voor een gesprek?

### 3 **Het ACP gesprek**

Voer het gesprek tijdens een huisbezoek of telefonisch/beeldbel contact

- Inventariseer wensen, behoeften en verwachtingen binnen de (palliatieve) domeinen: lichamelijk, psychologisch, sociaal, zorgverlening en ADL en spiritueel;
- Gebruik hiervoor de ACP gesprekswijzer (profielvragenlijst) en beschikbare informatie/hulpmiddelen uit [de toolbox](#);
- Ook tijdens een zorgverleningsmoment kan er relevante informatie besproken (en verzameld) worden.

### 4 **Registreren**

- Geef in de aanleiding de reden(en) van inzet ACP aan
- Registreer de besproken items in het klinimetrisch instrument ACP Verpleging in ONS
- Registreer het (probleem)gebied (bv Gezondheidszorg Supervisie), actie(vlak) (ACP) en meting in het zorgplan (Omaha)
- Leg tussentijds verkregen informatie en evaluaties vast bij de voortgang van dit gebied
- Registreer (niet)reanimerenwens en evt andere bekende medische informatie onder medisch beleid en voeg documenten toe
- Indien aanwezig ook registreren in het proactief zorgplan/gezondheidsplan in het regionaal communicatieplatform (VIP/OZO).

### 5 **Informeert de klant en naasten**

- Informeert de klant waar hij/zij de gemaakte afspraken kan inzien (Caren, VIP, OZO).
- Geef aan dat gemaakte afspraken altijd veranderd kunnen worden.
- Maak eventueel afspraken over hoe het gesprek vervolgd wordt.

### 6 **Terugkoppeling huisarts/poh**

Informeert de huisarts over het concept proactief zorgplan (inventarisatie domeinen en mogelijk concept wilsverklaring). Dit kan, bij voorkeur, digitaal, via VIP/OZO/beveiligde mail. De huisarts draagt zorg voor overdracht naar huisartsenpost, SEH, ziekenhuis en evt anderen.

### 7 **Evalueer en/of continueer conform zorgplan**



# Leidraad voor het gesprek



## Het juiste moment

Een gesprek over persoonlijke vraagstukken kan zomaar ontstaan. Door de actualiteit, een bericht in de krant of een gebeurtenis. De klant uit misschien zijn angst of zorgen. Het zijn mooie momenten voor alle teamleden om eens te vragen of de klant het prettig zou vinden om stil te staan bij de eigen wensen, behoeften en verwachtingen. En om aan te geven welke rol we vanuit de wijkverpleging hierbij kunnen spelen.

### Randvoorwaarden

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

- De (eigen) gezondheidssituatie;
- De diagnose, het ziektebeeld en het mogelijke verloop;
- De mogelijkheden voor passende zorg thuis en de grenzen die daarbij zijn;
- De mogelijkheden van woonzorglocaties;
- Welke zorgverleners betrokken zijn bij proactieve zorgplanning.

Voor de zorgprofessional is het daarnaast ook belangrijk inzicht te hebben in de mogelijke inzet van mantelzorger(s) en het informele netwerk.

### De juiste boodschap

*“We vinden het belangrijk om van u te weten hoe u uw verzorging/ behandeling in de toekomst ziet. Wat is voor u belangrijk? En hoe kunnen we u helpen om zelfredzaam te blijven? We kunnen hierover met u praten, zodat niet alleen wij, maar ook andere zorgverleners en uw familie/naasten weten wat u wilt. We vinden het belangrijk om daar tijd voor te maken en een afspraak te plannen. Zijn er mensen die u hierbij aanwezig wilt hebben?”*

### Tips voor het gesprek

- Stem het gesprek af op het vermogen van de klant om keuzes te kunnen maken.
- Zorg, zo nodig, voor ondersteuning van een naaste. Spreek hen eventueel (ook) apart.
- Motiveer de klant en/of de naasten om zich voor te bereiden op het gesprek. Geef zo nodig voorlichtingsmateriaal.
- Zorg voor een open houding met respect voor de mening, normen, waarden en culturele achtergrond van de klant.
- Wees bewust van je eigen normen, waarden en referentiekader. Ga niet uit van je eigen mening of opvattingen.
- Toon dat je er de tijd voor neemt. Pas de LSD-systematiek toe (luisteren, samenvatten en doorvragen.)
- Laat af en toe een stilte vallen om de ander ruimte te geven.
- Trek het gesprek breder wanneer de aandacht voornamelijk uitgaat naar medische behandeling. Vraag naar wensen over de zorg en levensdoelen.



# Specifieke doelgroepen

## Corona

### Het belang van advance care planning in de Coronacrisis

Kwetsbare ouderen, verdacht op COVID-19 (Corona infectie) die dusdanig ziek zijn en opgenomen moeten worden in het ziekenhuis, hebben over het algemeen een slechte prognose. Met name ouderen met co-morbiditeit, kwetsbaarheid en hoge leeftijd. Deze groep zal veelal beademing op de IC niet overleven of hier om medische redenen niet voor in aanmerking komen. Omdat het ziektebeeld snel kan verslechteren is het belangrijk zo vroeg mogelijk het gesprek aan te gaan over een mogelijk verloop van de ziekte, de behandeling en zorg en de individuele wensen van de klant. Ook wanneer de virusinfectie nog niet via een test is vastgesteld.

## Ziekteverloop en behandeling

Het coronavirus tast de longen aan, waardoor ontstekingen ontstaan. Vocht kan in de longen lekken, waardoor het zuurstoftransport door het lichaam bemoeilijkt wordt. Een intensive care behandeling bij besmetting met het coronavirus betekent meestal dat mensen langere tijd in slaap worden gehouden en aan beademingsapparatuur liggen. Deze behandeling is een uitputtingsslag voor het lichaam en er is ook meer kans op een gecompliceerd beloop.

Daarnaast geldt dat 50% van de kwetsbare mensen minder goed functioneren en zelfstandigheid inleveren na een opname in het ziekenhuis. In het ziekenhuis worden COVID-19 patiënten bovendien in strikte isolatie verpleegd en mogen geen bezoek ontvangen.

## Dementie

### Het belang van advance care planning bij dementie

Vanwege het verlies van capaciteiten en de mogelijkheden tot communiceren bij mensen met dementie kunnen of mogen zij in een later stadium geen keuzes meer voor zichzelf maken. Met advance care planning kunnen zij wel de beslissingen over het einde van hun leven meebepalen.

De proactieve zorgplanning wordt dan ook het best gestart direct na de diagnose

## Aandachtspunten ACP bij dementie

Een aantal specifieke kenmerken van het ziekteverloop van dementie hebben invloed op de ACP gespreksvoering. Hou bij de gesprekken rekening met:

- Mensen met beginnende dementie kunnen moeilijk vooruit denken. Probeer te achterhalen wat hij/zij begrijpt van de diagnose en het vooruitzicht.
- Mensen met dementie kunnen wisselen van oordeel, bijvoorbeeld op het moment dat ze zich in de situatie bevinden, die ze eerder als onwenselijk aanmerkten. Daarnaast kunnen ze zich ook niet meer bewust zijn van een eventueel eerder opgestelde wilsverklaring.
- Het achterhalen van wie (op termijn) als zorgvertegenwoordiger kan optreden is belangrijk. Bij voorkeur is deze persoon zo veel mogelijk aanwezig bij de ACP-gesprekken.
- Naasten kunnen tegenstrijdige opvattingen hebben. Wees hier alert op.
- Het is belangrijk veel uit te leggen over de aandoening en het verloop van dementie. Doe dit mondeling of maak gebruik van de informatie van [thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) of [alzheimer nederland.nl](https://alzheimer nederland.nl).





# Toolbox



## Wat is het

## Voor wie is het

## Waar kan ik het vinden

### Icare documenten

ACP gesprekswijzer. Hulpmiddelen voor het voeren en registreren van het ACP gesprek.	Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">ACP gesprekswijzer (patiëntversie)</a></li> <li>▶ <a href="#">Klinimetrisch instrument ACP verpleging in ONS</a></li> <li>▶ <a href="#">Handleiding meetinstrumenten onder Klinimetrie (instructie gebruik klinimetrie)</a></li> <li>▶ <a href="#">Medisch beleid in ONS</a></li> </ul>
Reanimatiebeleid	Zorgverlener	▶ <a href="#">Icare Reanimatiebeleid</a>

### Regionale afspraken (Icare en bijvoorbeeld zorggroepen)

Afspraken over ACP met ketenpartners in Drenthe	Zorgverleners Drenthe	▶ <a href="#">HZD (acp/palliatief)</a>
---	-----------------------	--

### ACP algemeen

Uitgebreide toelichting en links naar zowel patiënt- als verdiepende informatie	Zorgverlener en klant	▶ <a href="#">Beter oud</a>
Infographics en materialen om te komen tot gezamenlijke besluitvorming bij kwetsbare ouderen, dementie en in tijden van Corona	Zorgverlener en klant	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vilans - <a href="#">ins&amp;outs zorgprofessional</a></li> <li>▶ Vilans - <a href="#">kwetsbare ouderen</a></li> <li>▶ Vilans - <a href="#">in tijden van Corona</a></li> <li>▶ <a href="#">Dementiezorgvoorelkaar</a></li> </ul>

### Palliatieve zorg

Pallialine: Kwaliteitskader en richtlijnen palliatieve zorg	Zorgverlener	▶ <a href="#">Pallialine.nl</a>
Markeren palliatieve fase en inschatting kwetsbaarheid: - Surprise Question - SPICT	Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <a href="#">Pallialine.nl</a></li> <li>▶ <a href="#">Meetinstrument SPICT</a></li> </ul>

### Corona

Handvat voor het gesprek over behandelwensen	Huisartspraktijk	▶ <a href="#">NHG</a>
Informatie tav ziekteverloop COVID-19 en keuzes opname ziekenhuis	Zorgverlener	▶ <a href="#">Medisch Contact</a>
Leidraad triage thuisbehandeling vs ziekenhuis; aandachtspunten en criteria voor verwijzing en behandeling bij (verdenking op) COVID-19 virusinfectie.	VS/huisarts Ter info voor zorgverlener	▶ <a href="#">Fed.Medisch Specialisten</a>
Belangrijkste uitgangspunten voor palliatieve zorg in corona tijd	Zorgverlener	▶ <a href="#">Zakkaartje Palliatieve zorg Corona</a>

### Dementie

Infographic ACP bij mensen met dementie	Zorgverlener (perspectief vanuit huisarts)	▶ <a href="#">Vilans – ACP-dementie</a>
Handreiking met tips en dilemma's bij de gezamenlijke besluitvorming bij dementie en in tijden van corona	Zorgverlener	▶ <a href="#">Dementiezorgvoorelkaar</a>

### Vorbereiding voor klanten

Keuzehulp; Verken uw wensen voor zorg en behandeling	Klant en naasten	▶ <a href="#">Thuisarts.nl</a>
Informatie voor patiënten en familie over behandel-beperkingen	Klant en naasten	▶ <a href="#">Brochure praten over behandelgrenzen</a>

### Ondersteuning voor medewerkers

Palliatief consulenten	▶ <a href="#">Link intranet</a>
Casemanagers dementie	▶ <a href="#">Link intranet</a>
Verpleegkundig adviseurs	▶ <a href="#">Link intranet</a>