



Regionale transmurale afspraken proactieve zorgplanning

1

Signalering

2

Markering Proactieve
zorgplanning

3

Voorbereidend
gesprek

4

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning



START →

Waar in dit document cliënt staat genoemd
kan ook patiënt of bewoner gelezen worden.

SAMEN STERKER
Voor een gezonde toekomst in Eemland



WWW.SAMENSTERKEREEMLAND.NL



Over proactieve zorgplanning

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

Proactieve zorgplanning

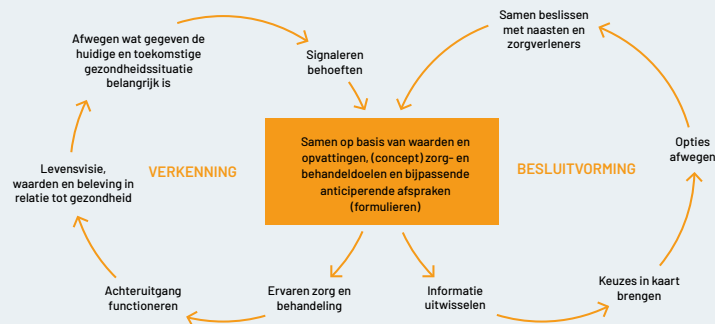
Dit stappenplan is een hulpmiddel voor zorgverleners bij het voeren van gesprekken over de wensen in de laatste levensfase. In het stappenplan staan de rollen en taken van zorgverleners die in het hele proces samenwerken met elkaar en met de cliënt en naasten.

Wat is Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is een proces waarbij cliënten, 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 een zorgplan. Proactieve zorgplanning gaat in op de wensen/behoefte van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak.

Samenwerking is een voorwaarde

Proactieve zorgplanning vindt bij voorkeur multidisciplinair in de keten plaats. In het proces van proactieve zorgplanning worden afspraken met en voor de cliënt vastgelegd en informeren zorgverleners elkaar hierover na toestemming van de cliënt. Zorgverleners stemmen met de cliënt en met elkaar af wie wat bespreekt met de cliënt en wie welke taak op zich neemt. Disciplines vanuit o.a. welzijn, para-medische professionals, ggz en geestelijke verzorging kunnen worden betrokken. Zij hebben een signalerende taak andere zorgverleners te informeren over de wens voor ACP gesprek. Ook signalen vanuit mantelzorgers zijn van belang.



Figuur: Proactieve zorgplanning als een dynamisch proces

Het is een 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.





Introductie

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering **1**

Markeren **2**

Vorbereidend gesprek **3**

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning **4**

← VORIGE

VOLGENDE →

Mogelijke aanleidingen voor het met de cliënt doorlopen voor het proces proactieve zorgplanning zijn:

Op initiatief van de cliënt/(wettelijk) vertegenwoordiger als deze:



Bij kwetsbare mensen op initiatief van de arts of de centrale zorgverlener wanneer één van de betrokken zorgverleners signaleert dat:



Herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid

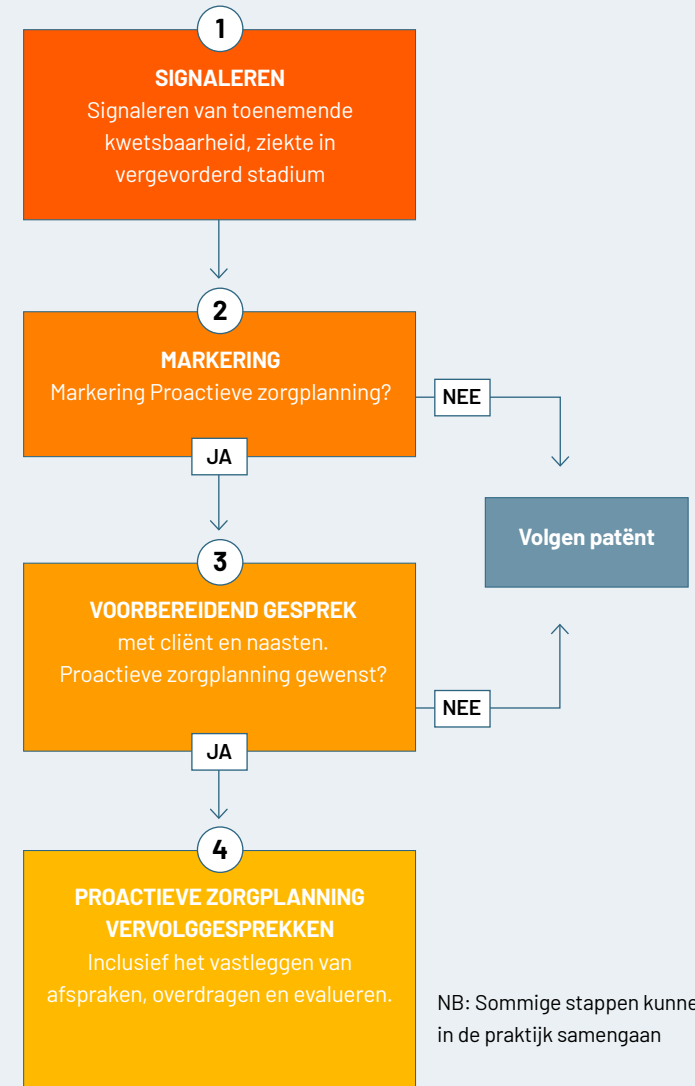
Indicatoren voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid zijn bijvoorbeeld:

- Snelle achteruitgang of sterke verandering in de gezondheidssituatie
- Opname verpleeghuis
- Een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte of comorbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit of veerkracht.

Hierbij vertrouwen we op de professionaliteit en klinische blik van de betrokken zorgprofessional in de verschillende werkvelden. Er zijn verschillende ondersteunende hulpmiddelen/instrumenten voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid, zoals:

- Groningen Frailty indicator
- Clinical Frailty Score
- G8

Voetnoot





Introductie

← TERUG NAAR INTRODUCTIE

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering **1**

Markeren **2**

Vorbereidend gesprek **3**

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning **4**

← VORIGE

VOLGENDE →

Mogelijke aanleidingen voor het met de cliënt doorlopen voor het proces proactieve zorgplanning zijn:

Op initiatief van de cliënt/(wettelijk) vertegenwoordiger als deze:

Bij kwetsbare mensen op initiatief van de arts of de centrale zorgverlener wanneer één van de betrokken zorgverleners signaleert dat:



Herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid

Indicatoren voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid zijn bijvoorbeeld:

- Snelle achteruitgang of sterke verandering in de gezondheidssituatie
- Opname verpleeghuis
- Een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte of comorbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit of veerkracht.

Hierbij vertrouwen we op de professionaliteit en klinische blik van de betrokken zorgprofessional in de verschillende werkvelden.

Er zijn verschillende ondersteunende hulpmiddelen/instrumenten voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid, zoals:

- Groningen Frailty indicator
- Clinical Frailty Score
- G8

- Vragen of wensen heeft over de zorg bij toekomstige gezondheidsproblemen of rond de laatste levensfase.
- Melding maakt van een wils- of euthanasieverklaring.
- Vragen heeft over (de succeskans) van behandeling bij bepaalde aandoeningen.





Introductie

← TERUG NAAR INTRODUCTIE

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering **1**

Markeren **2**

Vorbereidend gesprek **3**

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning **4**

← VORIGE

VOLGENDE →

Mogelijke aanleidingen voor het met de cliënt doorlopen voor het proces proactieve zorgplanning zijn:

Op initiatief van de cliënt/(wettelijk) vertegenwoordiger als deze:



Bij kwetsbare mensen op initiatief van de arts of de centrale zorgverlener wanneer één van de betrokken zorgverleners signaleert dat:

Herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid

Indicatoren voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid zijn bijvoorbeeld:

- Snelle achteruitgang of sterke verandering in de gezondheidssituatie
- Opname verpleeghuis
- Een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte of comorbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit of veerkracht.

Hierbij vertrouwen we op de professionaliteit en klinische blik van de betrokken zorgprofessional in de verschillende werkvelden. Er zijn verschillende ondersteunende hulpmiddelen/instrumenten voor het herkennen of vaststellen van kwetsbaarheid, zoals:

- Groningen Frailty indicator
- Clinical Frailty Score
- G8

- Er een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie van de cliënt.
- Iemand als kwetsbaar wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld via screening.
- Er een reële kans bestaat dat de cliënt binnen een jaar zal overlijden (surprise question).
- Een cliënt verhuist naar of wordt opgenomen in een woon/zorginstelling, aanleun woning of ziekenhuis.
- Wanneer één of meerdere onderliggende punten gelden:
 - Een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte.
 - 70+ met co-morbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit of veerkracht.
 - Een verhoogd risico op hart- of ademhalingsstilstand.
 - (Toename van) ernstige cognitieve beperkingen.
 - Een verhoogd risico op ernstige en blijvende invaliditeit op intensieve behandeling.





STAP ① Signalering

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

In de praktijk kan het voorkomen dat
stap 2, 3 en/of 4 samenvallen.

WAT

Cliënt die in aanmerking komt voor proactieve
zorgplanning tijdig herkennen.

TOELICHTING

Signaleren van ziekte in vergevorderd stadium,
achteruitgang en toenemende kwetsbaarheid.
Signalen zoals: toename in functieverlies,
afname (I)ADL en veerkracht.

DOOR WIE

Iedereen (alle zorgverleners, cliënt, naaste, etc.)
kan signalen van achteruitgang, toenemende
kwetsbaarheid of een vergevorderd stadium van
ziekte van cliënt bij behandelend arts naar voren
brengen.

HULPMIDDELEN/INSTRUMENTEN

Voor professional

Er zijn verschillende instrumenten die
ondersteunen bij het herkennen van
kwetsbaarheid cq palliatieve fase. Het is op
eigen inzicht van de betrokken professional
welke te gebruiken.

Instrumenten m.b.t. kwetsbaarheid:

- Clinical Frailty Score
- G8
- GF1

Instrumenten m.b.t. palliatieve fase:

- SPICT-NL
- de (dubbele) surprise question,
zie ook [Palliaweb](#) voor hulpmiddelen
- I-HARP

REGISTRATIE

Vastleggen in eigen dossier van de cliënt
door de zorgverlener die signaleert.

INFORMATIE OVERDRACHT

Degene die signaleert stemt hierover af met
de behandelend arts via reguliere dagelijkse
werkwijze.





STAP ②

Markering start proactieve zorgplanning

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

In praktijk kan het voorkomen dat
stap 2, 3 en/of 4 samenvallen.

WAT

Degene die signaleert bespreekt de signalen met de behandelend arts. Indien van toepassing markeert de behandelend arts de start van proactieve zorgplanning.

TOELICHTING

De arts bepaalt of de beoordeling van de signalen en situatie van de cliënt leidt tot markering. De arts legt dit vast in het dossier van de cliënt.²

DOOR WIE

Dit gebeurt waar de cliënt verblijft of in behandeling is door behandelend arts (medisch specialist, huisarts of specialist ouderen geneeskunde).

HULPMIDDELEN/INSTRUMENTEN

Voor professional

Zie hulpmiddelen onder stap 1.

REGISTRATIE

De arts markeert en rapporteert de markering in het dossier van de cliënt.

INDIEN (NOG) GEEN MARKERING PROACTIEVE ZORGPLANNING

In dat geval blijft de (behandelend) arts of andere betrokken zorgverlener de situatie monitoren. De arts rapporteert hierover in het dossier van de cliënt.

INFORMATIE OVERDRACHT

In de thuissituatie: Bij markering informeert de huisarts de betrokken wijkverpleging via reguliere dagelijkse werkwijze.

In ziekenhuissetting: bij markering informeert de arts de betrokken huisarts/specialist ouderengeneeskunde als onderdeel van reguliere werkwijze van overdracht.





STAP 3

Vorbereidend gesprek

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

In praktijk kan het voorkomen dat
stap 2, 3 en/of 4 samenvallen.

WAT

Het bespreken van de huidige gezondheids-
situatie en toekomstverwachting vanuit het
perspectief van de arts en van de cliënt en zijn
naaste(n) en de mogelijke betekenis hiervan voor
behandeling, zorg en ondersteuning.

TOELICHTING

De insteek van het gesprek is als volgt:

- Aankondigen van en informeren over
proactieve zorgplanning.
- Samen met de cliënt bepalen wie de
proactieve zorgplanning gesprekken voert.
- Indien van meerwaarde voor de cliënt:
aanbieden en inschakelen van een
verpleegkundige palliatieve zorg die als een
'casemanager palliatieve zorg' kan optreden.
- Informatiemateriaal meegeven.
- Afspraken over hoofdbehandelaar en
centrale zorgverlener.

Hoofdbehandelaar: specialist, huisarts,
specialist ouderengeneeskunde.

Centrale zorgverlener: wijkverpleegkun-
dige, EVV, praktijk verpleegkundige,
verpleegkundige palliatieve zorg.

In de praktijk kan het maken van afspraken
over hoofdbehandelaarschap en de centrale
zorgverlening complex zijn. We streven in de regio
naar meer duidelijkheid en concrete afstemming
tussen zorgverleners hierover.

DOOR WIE

- De behandelend arts voert het voorbereidend
gesprek met de cliënt en zijn naasten.
- Dit in eerste instantie de SO en/of huisarts
i.s.m. de (wijk)verpleging of een (gespecia-
liseerd) verpleegkundige palliatieve zorg.
- Tenzij cliënten gemarkeerd worden tijdens
ziekenhuisopname/SEH/polibezoek en zij
de voorkeur geven aldaar het gesprek te
willen voeren.

REGISTRATIE

De arts registreert de uitkomsten van het voorbe-
reidend gesprek in het dossier van de cliënt.

VOORLICHTINGSMATERIAAL
VOOR CLIËNT



INFORMATIE OVERDRACHT



PROACTIEVE ZORGPLANNING
ONGEWENST

Als een proactief zorgplanningsgesprek
ongewenst of niet nodig gevonden wordt door
de cliënt en diens naaste, dan blijft de arts of
een andere betrokken zorgverlener monitoren
en biedt proactieve zorgplanning na verloop
van tijd opnieuw aan.





STAP 3

Vorbereidend gesprek

← TERUG NAAR STAP 3

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

VOORLICHTINGSMATERIAAL VOOR DE CLIËNT

Informatie materiaal	Setting o.a.
Behandelpaspoort	Huisarts
Brochure praten over behandelwensen en behandelgrenzen	Huisarts
Informatiebrief voor cliënt over proactieve zorgplanning	Ziekenhuis
Algemene informatiefolder over proactieve zorgplanning	Breed toepasbaar

VOORLICHTINGSMATERIAAL
VOOR CLIËNT

INFORMATIE OVERDRACHT



SAMEN STERKER

Voor een gezonde toekomst in Eemland





STAP 3

Vorbereidend gesprek

← TERUG NAAR STAP 3

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

VOORLICHTINGSMATERIAAL
VOOR CLIËNT



INFORMATIE OVERDRACHT

In de thuissituatie: de huisarts en wijkverpleging informeren elkaar, na toestemming van de cliënt, over relevante uitkomsten van het voorbereidende gesprek.
Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan het van meerwaarde zijn de overig betrokken zorgverleners in de eerste dan wel tweede lijn, na toestemming van de cliënt, te informeren over de uitkomsten van het voorbereidende gesprek met de cliënt. De behandelend arts stemt hierover af met betrokken zorgverleners via reguliere werkwijze van overdracht.

INFORMATIE OVERDRACHT

SAMEN STERKER

Voor een gezonde toekomst in Eemland





STAP 4

Gesprek(ken) proactieve zorgplanning

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

WAT

Het voeren van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Inclusief het vastleggen van afspraken, overdragen en evalueren (jaarlijks, bij veranderende situatie of op verzoek van cliënt).

TOELICHTING

Het gesprek, meestal meerdere gesprekken, proactieve zorgplanning is gericht op: wat is van waarde voor de cliënt en zijn naasten; kwaliteit van leven; te verwachten problemen, de wensen voor (niet) behandelen en zorg; voorkeursplek van zorg en voorkeursplek van overlijden.

DOOR WIE

Zoals afgesproken onder stap 3.

HULPMIDDELEN

Voor de professional

→ Leidraad proactieve zorgplanning en richtlijnen proactieve zorgplanning op [Pallialine](#).

Voor cliënt

Zie hulpmiddelen onder stap 3.

REGISTRATIE



INFORMATIE OVERDRACHT





STAP 4

Gesprek(ken) proactieve zorgplanning

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

VOLGENDE →

← TERUG NAAR STAP 4

REGISTRATIE

De besproken onderwerpen worden vastgelegd in het dossier van de cliënt. Niet alle informatie hoeft na één gesprek bekend te zijn. Het kan zijn dat informatie in de loop van de tijd wordt aangevuld. Per situatie van de cliënt zullen anderen onderwerpen ter sprake komen tijdens het gesprek.

In het landelijke uniforme format staan de volgende items genoemd:

DOWNLOAD FORMULIER



REGISTRATIE

INFORMATIE OVERDRACHT



SAMEN STERKER

Voor een gezonde toekomst in Eemland





STAP 4

Gesprek(ken) proactieve zorgplanning

← TERUG NAAR STAP 4

Start

Over proactieve
zorgplanning

Introductie

STAPPENPLAN

Signalering

1

Markeren

2

Vorbereidend gesprek

3

Gesprek(ken) proactieve
zorgplanning

4

← VORIGE

REGISTRATIE



INFORMATIE OVERDRACHT

INFORMATIE OVERDRACHT

De behandelend arts draagt hetgeen wat is vastgelegd in het dossier van de cliënt n.a.v. gesprek(ken) proactieve zorgplanning over aan betrokken zorgverleners. Hiervoor is akkoord van de cliënt een vereiste. Voor deze overdracht wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van reguliere werkwijze van overdracht.

Behandelend arts	Draagt over naar	Wijze van overdracht
Medisch specialist	Huisarts (extramuraal)	Mee in medische overdracht middel brief aan Huisarts via Edifact
	Specialist ouderengeneeskunde (intramuraal)	Mee in medische overdracht middels brief aan specialist ouderengeneeskunde via de post (met cliënt mee)
Huisarts	Medische specialist	Mee in verwijzing via zorgdomein (ICPC code A20)
	Wijkverpleging	Via reguliere dagelijkse werkwijze Tip: maak overdracht rondom proactieve zorgplanning standaard onderdeel van het MDO tussen huisarts en wijkverpleging
	Specialist ouderengeneeskunde	Bij opname in verpleeghuis: via overdracht dossier Bij 1e lijnsconsult: mee in verwijzing via zorgdomein (ICPC code A20)
Specialist ouderengeneeskunde	Medisch specialist Huisarts (alleen in 1e lijn en GRZ aan de orde)	Mee in verwijzing via zorgdomein Via brief aan de huisarts middels Veilig mailen en post

