

Resultaten Project Proactieve Zorgplanning bij kwetsbare ouderen in de regio Nijmegen, op basis van kwantitatieve en kwalitatieve metingen door HAN studenten HBO-Verpleegkunde

“ALS DUIDELIJK IS WAT OUDEREN WILLEN, WORDT ZORG PERSOONSGERICHTER”

Project Proactieve Zorgplanning

Proactieve Zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over gezondheid gerelateerde levensdoelen, keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Proactieve Zorgplanning is ook wel bekend onder de noemer Advance Care Planning. In de periode 1 februari 2021 tot 1 februari 2023 hebben ZZG zorggroep, HAN, NEO Huisartsenzorg en 6 huisartsenpraktijken – en hun netwerk – projectmatig samengewerkt aan het ontwikkelen van een best practice model voor proactieve zorgplanning gericht op thuiswonende kwetsbare ouderen. In de ontwikkeling is tevens samenwerking gezocht met het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (NPZZG). Ook ouderen zelf hebben bijgedragen aan het project. Het best practice model is aan het einde van de projectfase aangeboden in de vorm van een Implementatietool: [NEO Huisartsenzorg - Implementatietool voor proactieve zorgplanning in de eerste lijn](#)

Het Lectoraat Wijkverpleging van de HAN ondersteunde bij het ophalen van resultaten en studentengroepen verzamelden data. In januari 2022 zijn de resultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve metingen gepresenteerd door 4^e jaars HBO-V studenten.

Uitkomsten van de meting bij de start van het project:

- Kenmerken ouderen: 30 ouderen (tussen 70 en 90+ jaar) die een ACP gesprek hebben gehad hebben 1 of meer chronische ziekten, zijn veelal alleenstaand en worden ondersteund door (een) mantelzorger(s).
- Professionals: geven aan voldoende kennis te hebben van ACP. Zij voeren het gesprek voornamelijk als er een vertrouwensband is met ouderen. Tijdgebrek is soms een spanningsveld. Multidisciplinaire samenwerking, het volgen van scholing en het tijdig starten van proactieve zorgplanning worden aanbevolen.
- Ervaring/ behoefte ouderen: proactieve zorgplanning is bij veel ouderen niet bekend. De persoonlijke behoefte aan een gesprek is heel wisselend. Het tijdig vastleggen van wensen en behoeften wordt als prettig ervaren, mits er ieder jaar geëvalueerd kan worden.
- hoe helpt de aanpak Samen Beslissen hierbij.

Resultaten van de eindmeting (dec 2022):

Aantal kwetsbare ouderen en aantal gesprekken:

In vijf van de zes deelnemende praktijken zijn 498 ouderen aangemerkt als kwetsbaar, uitgedrukt in EasyCare-Tos categorie en/of middels ICPC-code A49.01 en A05. Van deze groep ouderen is bij 163 (=33%) proactieve zorgplanning uitgevoerd. Eén praktijk heeft geen data aangeleverd omdat ze pas kort voor de meting waren gestart.

De toename van het aantal gesprekken per praktijk varieerde tussen de 24 en 28 %. In praktijken die nog moesten starten met de samenwerking in het ouderennetwerk, duurde het langer om daadwerkelijk te starten met proactieve zorgplanning en lag de toename van het aantal gesprekken wat lager. Dit is verklaarbaar omdat we weten dat een startend netwerk tijd nodig heeft om elkaars kennis/expertise en werkwijze te leren kennen, vervolgens samenwerkingsafspraken te maken, alvorens daadwerkelijk van start te kunnen met proactieve zorgplanning.

Type kwetsbare oudere, waarbij proactieve zorgplanning is uitgevoerd:

Gemiddelde leeftijd: 85 jaar (range: 61 tot 96 jaar), waarvan:

Alleenwonend: 58 %

Polifarmacie: 70 %

% mensen chronische ziekten > 2: 80 %.

Complexe memo's

In de projectperiode zijn er 71 complexe memo's aangemaakt. Een complexe memo is een korte overdracht van levens-/behandelwensafspraken plus context van de patiënt naar de Huisartsenpost (HAP). Twee huisartsen hebben geen complexe memo's aangemaakt. Bij de huisartsen die wel memo's hebben aangemaakt varieert het aantal van 1 – 30. Dit percentage wisselt sterk omdat huisartsen het tijdrovend vinden om op meerdere plaatsen (HIS, VIP, complexe memo) dezelfde informatie te moeten registreren (zie ook aanbevelingen/ borging).

Spoedopname

Het aantal ouderen dat zich meldde op bij een huisartsenpost (HAP) of in het ziekenhuis of verpleeghuis (met spoed) verwezen is naar HAP/ 2^e lijn of verpleeghuis bedroeg 56 (=37 %; HAP, N=36; 2^e lijn, N=47; verpleeghuis, N=7). NB: dit is opgeteld > 56, omdat bij sommige ouderen meerdere spoedverwijzingen waren.

Deze aantallen zijn laag omdat alleen gevraagd is naar crisis/ spoed opnames. De meeste mensen hebben 0 of 1 spoedverwijzing gehad gedurende het project.

In ieder geval kan gesteld worden dat 37% van alle ouderen die een ACP gesprek hebben gehad een spoedopname hebben meegemaakt.

Bij 66 % is rekening gehouden met de bij proactieve zorgplanning vastgelegde levens- en behandelwensen. Bij de overige ouderen is dit onbekend omdat vanuit het ziekenhuis daarover niet is terug- gerapporteerd.

Ervaringen/ tevredenheid van ouderen

16 Ouderen zijn individueel geïnterviewd, waarvan 25 % (nog) geen ACP gesprek had gehad.

Conclusies: voor ouderen was proactieve zorgplanning een onbekend begrip. De behoefte was variabel. Wanneer iemand zich gezond voelde was de behoefte minder groot. Een deel van de ouderen hadden de wensen en behoeften eerder al besproken met partner of andere

familieleden. De meeste ouderen die een proactieve zorgplanningsgesprek hebben gehad ervaren dit als positief. Zij vonden de gespreksonderwerpen passend en toekomstgericht. Het moment van het proactieve zorgplanningsgesprek en het verloop was goed. Het hebben van een vertrouwensband met de professional was van belang. De locatie waar het gesprek plaatsvindt diende een vertrouwde omgeving te zijn. Daarbij is het van belang dat er voldoende tijd was. Na afloop van de gesprekken resteerde er een gerustgesteld en prettig gevoel.

De uitleg voorafgaand aan en de introductie van het proactieve zorgplanningsgesprek werd als summier ervaren. De meeste respondenten gaven aan dat hen bekend was dat de gegevens over het gesprek waren vastgelegd, maar voor hen was onduidelijk op welke manier dit was gebeurd. Een minderheid vond het prettig als wensen en behoeften vastgelegd worden, mits dit jaarlijks wordt geëvalueerd.

De aanbevelingen van het onderzoek waren:

- er is goede informatie en uitleg nodig, omdat er nog veel onbekendheid is bij ouderen.
- gebruik daarbij niet bedreigende terminologie zoals 'spreken over uw toekomstige zorg/behandelwensen,' , 'zodat de zorg kan aansluiten bij uw wensen en behoeften' (ref: Gludemans et al. How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study, Family Practice, Volume 36, Issue 2, April 2019, p. 219–224.
- het is raadzaam de directe omgeving van ouderen te betrekken bij gesprek, omdat zij beïnvloedend zijn bij keuzes van ouderen.
- Het is aan te raden aan te sluiten bij behoeftes van ouderen wat betreft timing en werkwijze.

Bevorderende en belemmerende factoren bij professionals

Als bevorderende factoren zijn genoemd:

- kennisverbreding door scholing
- het ACP-formulier, gebaseerd op de landelijke leidraad dat als hulpmiddel wordt gebruikt;
- korte lijstjes, elkaar kennen en vaste structuur van onderlinge afstemming, bij voorkeur in cyclische MDO's.
- duidelijkheid over behandelwensen geeft rust.
- door beter anticiperen op deze wens, behoudt de cliënt regie over zijn of haar leven.

Belemmerende factoren die de deelnemende professionals ervaren zijn:

- wisselende niveau van communicatievaardigheid / gespreksverlegenheid van zorgprofessionals
- te weinig zicht op werkwijzen van anderen binnen het netwerk
- het niet bereid zijn van de cliënt om over de toekomst te praten;

- de afwezigheid van een mantelzorger tijdens het gesprek;
- bij ouderen met een niet-westers achtergrond is een aangepaste werkwijze nodig;
- weinig geformaliseerde afspraken rondom verslaglegging, daardoor uitdagend om afspraken vast te leggen.
- ACP-informatie is niet voor iedereen beschikbaar. Ook de HAP en ambulance kunnen niet altijd in HIS of maar in beperkte mate.
het gesprek wordt als tijdrovend ervaren in relatie tot de werkdruk bij de professionals.

Wensen voor vervolg geuit door aan het onderzoek deelnemende professionals:

- behoefte aan meer kennisontwikkeling van zowel de cliënt als de zorgprofessional (vervolgtraining);
- naast de landelijke leidraad een passend formulier/format waarin context en levenswensen van de patiënt (vanuit gedachtegoed Positieve Gezondheid) kunnen worden genoteerd en overgedragen;
- een goede patiënten folder;
- één gezamenlijk dossier ofwel goed onderling communicerende dossiers;
- voldoende tijd (financiering) om gesprekken uit te voeren;
- tijdigere timing van het gesprek/ de gesprekken

Eindconclusie van het project:

Het project heeft tot een stimulans in de regio geleid om proactieve zorgplanning steviger te agenderen bij huisartspraktijken en wijkverpleging. De samenwerking wordt ervaren als een duidelijk meerwaarde. Maar het is ook duidelijk geworden dat proactieve zorgplannings-gesprekken niet zomaar gehouden kunnen worden. Dat geldt voor de gesprekken met de patiënt en voor de afstemming. Dit laatste vraagt om samenwerking, scholing en evt. begeleiding en daardoor een forse tijdsinvestering.