

Implementatietool voor proactieve zorgplanning in de eerste lijn



Voor de huisarts,
praktijkondersteuner,
wijkverpleegkundige en de
zorgtrajectbegeleider





**Hoe maak je de levens-
en behandelwensen
van kwetsbare ouders
bespreekbaar?**



Inhoud

Fase 1

**Organisatorische
voorbereiding**

Fase 2

**Uitvoering van
proactieve
zorgplanning**

Fase 3

**Tussentijdse
evaluatie**

“Ik wil nu echt nog niet denken aan wat er in de toekomst allemaal op me afkomt. We zien dat op dat moment wel.”

Kwalitatief onderzoek

Vierdejaars HAN-studenten verpleegkunde deden tijdens het project ‘Proactieve zorgplanning in de eerste lijn’ kwalitatief onderzoek bij deelnemende ouderen en professionals. Uitspraken van ouderen leren ons dat de behoeften aan het bespreken en vastleggen van toekomstige levenswensen en behandelwensen zeer uiteenlopend zijn. Professionals hebben daar rekening mee te houden.



Aanleiding

Aanleiding beschikbaar stellen implementatietool

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.

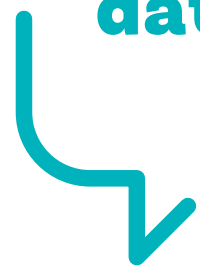
Het model biedt eerstelijns professionals handvatten voor de uitvoering van ACP en is geschikt voor grootschalige implementatie in de regio Gelderland-Zuid, waarbij:

- huisarts, praktijkondersteuner (POH), wijkverpleegkundige en zorgtrajectbegeleider samenwerken en afstemmen, volgens een gestructureerde methode voor proactieve zorgplanning;
- het aantal gesprekken over proactieve zorgplanning toeneemt;
- patiënten, mantelzorgers/naasten en professionals meerwaarde ervaren van deze aanpak;
- randvoorwaarden voor samenwerking en financiering in kaart zijn gebracht voor verdere implementatie in de regio.



Het project is mogelijk gemaakt door financiering van Versterking Eerstelijns Zuid Nederland (VEZN).

“Sommige mensen vinden het heel moeilijk om over de toekomst te praten. Het gaat dan over het einde van het leven. Sommige mensen willen daar helemaal niet over nadenken en dat maakt het lastig.”



Achtergrondinformatie

Wat is proactieve zorgplanning?

Proactieve zorgplanning is ook bekend onder de Engelse term Advance Care Planning (ACP). In het kader van het project wordt hieronder verstaan: een continu en dynamisch proces van gesprekken over gezondheid gerelateerde levensdoelen, keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Waarom is dit belangrijk?

Door de dubbele vergrijzing en het overheidsbeleid, waaronder de intreding van de Wet Langdurige Zorg in 2015, wonen steeds meer kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen tot op hoge leeftijd zelfstandig thuis. Huisartsen en overige eerstelijns zorgprofessionals zullen proactieve, multidisciplinaire, persoonsgerichte zorg moeten leveren om aan deze complexe zorgvragen te kunnen voldoen. Proactieve zorgplanning is hier een belangrijk onderdeel van. Bij voorkeur vindt proactieve zorgplanning plaats in een rustige levensfase en niet pas ten tijde van crisis of bij een acute zorgvraag. In deze Implementatietool bieden we handreikingen om proactieve zorgplanning tijdig en in netwerksamenwerking uit te voeren.

Noodzaak of keuze?

Het aangaan van een gesprek en vastleggen van toekomstige wensen is in alle gevallen een vrije keuze van de patiënt (in deze Implementatietool kiezen we voor de term 'patiënt', maar hieronder kan ook 'cliënt' of 'inwoner' verstaan worden). De implementatietool voor proactieve zorgplanning biedt handvatten aan professionals in de eerste lijn om de weg van bewustwording, nadenken over wensen – en het bespreekbaar maken ervan – te vergemakkelijken.

Implementeren van proactieve zorgplanning: hoe doe je dat in de praktijk?

In het project zijn bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering van proactieve zorgplanning opgehaald en zijn diverse samenwerkingsvormen bestudeerd. Op basis daarvan worden 3 fases aanbevolen voor implementatie:

- Fase 1: de organisatorische voorbereiding
- Fase 2: de uitvoering van proactieve zorgplanning (de gesprekken)
- Fase 3: de (tussentijdse) evaluatie

“ Ik wil vastleggen wat mijn wensen zijn voor de toekomst. Dan moeten we dat wel ieder jaar evalueren, want als je ouder wordt kan je situatie per dag veranderen. ”



Fase 1

Organisatorische voorbereiding

Aanbevelingen

Bij de introductie van proactieve zorgplanning bij kwetsbare ouderen is er een meerwaarde als dit gebeurt in netwerksamenwerking van betrokkenen in en rondom de huisartsenpraktijk. De inzet vanuit een diversiteit aan disciplines, kennis en patiëntrelaties leidt tot een toename van het aantal gesprekken waardoor vroegtijdige signalering en betere afstemming van afspraken tot stand komt.

Heb oog voor ieders (grenzen aan) deskundigheid, bijvoorbeeld bij thema's als euthanasie, niet reanimeren, kennis van palliatieve zorg. Het is aan de huisarts om te bespreken wat medisch gezien niet zinvol is of waar grenzen liggen in medisch handelen. Maak desgewenst gebruik van aanvullende scholing.

Stap 1 Netwerksamenwerking opstarten rondom proactieve zorgplanning

Een eerste stap is het agenderen van het thema proactieve zorgplanning in het netwerk ouderenzorg. Hierdoor zorg je voor een gedeelde betrokkenheid en verantwoordelijkheid met betrekking tot de uitvoering van proactieve zorgplanning ([netwerksamenwerking in de ouderenzorg](#)).

Stap 2 Afspraken maken: werkwijze, rollen en taken verdelen

Maak een compact samenwerkingsplan op basis van de werkwijze die je samen beoogt. [Hier vind je het format van het samenwerkingsplan](#). Hierin leg je de rollen en taken vast van de diverse betrokken professionals. Er zijn meerdere goede voorbeelden van rolverdeling mogelijk. [Hier vind je twee voorbeelden](#). Uit ervaring blijkt dat praktijkervaring opdoen ook betekent dat de werkwijze steeds meer vanzelfsprekend wordt. Een goed voorbeeld is dat proactieve zorgplanning een vast onderdeel wordt van patiëntbesprekingen in multidisciplinaire overleggen.

Stap 3 Selecteren van patiënten

Maak afspraken over het screenen en/of signaleren van kwetsbare ouderen met wie je proactieve zorgplanningsgesprekken wilt gaan voeren.

Organisatorische voorbereiding

Voorbeeld

Maak (half-)jaarlijks een selectie van alle 75-plussers uit het HIS en screen ze op kwetsbaarheid (bijv. met de Easycare methode). Vervolgens screen je wie hiervan nog geen ACP-gesprek heeft gehad. Ben alert op signalen waaruit blijkt dat proactieve zorgplanning gewenst of wenselijk is. Denk aan gesignaleerde achteruitgang in functioneren, een recente ziekenhuisopname, geuite zorgen van patiënten zelf en/of hun naasten etc. Vanuit wijkverpleegkundigen kunnen ook kwetsbare oudere cliënten aangedragen worden voor wie proactieve zorgplanning nuttig kan zijn. Ervaring leert dat thema's over toekomstige wensen vaak tijdens een zorgmoment aan bod komen. De opvolging kan dan in afstemming met het projectteam gebeuren.

Stap 4 Voorlichtingsmateriaal kiezen en informatiekkanalen benutten

Maak een keuze uit bestaande voorlichtingsmaterialen welke het netwerk wil inzetten om kennis over en bewustzijn van (de noodzaak van) proactieve zorgplanning bij patiënten en naasten te vergroten. Je kunt bijvoorbeeld kiezen voor een brief aan patiënten, informatie op het wachtkamerscherf of online informatiekkanalen. [hier vind je de informatiefolder, patiëntenbrief en wachtkamerposter.](#)

- Informeer overige relevante samenwerkingspartners in de eerste lijn over je aanpak met betrekking tot proactieve zorgplanning. Denk aan paramedici als fysiotherapeuten, ergotherapeuten, geestelijk verzorgers en welzijnswerkers.
- Benader zelf ouderen en/of hun naasten of benut hiertoe netwerkcontacten, bijvoorbeeld ouderenadviseurs, opbouwwerkers of de plaatselijke seniorenvereniging om een informatieve groepsbijeenkomst te beleggen. Hiermee kun je op een laagdrempelige manier een grote groep belangstellenden bereiken.

Stap 5 Deskundigheidsbevordering

- Maak als netwerk gebruik van de ondersteuningsmogelijkheden die in gezamenlijkheid door NEO Huisartsenzorg, ZZG zorggroep en NPZZG geboden worden.
- Denk hierbij aan de onderstaande mogelijkheden:
 - startbijeenkomst over hoe je proactieve zorgplanning oppakt vanuit je netwerk op basis van een handreiking;
 - training gespreksvoering inclusief voorbereidende materialen met e-learning;
 - ondersteuning bij het borgen van de werkwijze proactieve zorgplanning in je netwerk door middel van coaching on the job. Neem contact op met de programmamanager Ouderenzorg van NEO Huisartsenzorg via dagzorg@neohuisartsenzorg.nl

“ Ik merk dat je in de loop der tijd leert om dit soort gesprekken wat meer ontspannen te voeren. Soms geven mensen zelf ook al een makkelijke ingang voor een gesprek. Dan ga ik daar ook sneller op in.”



Professionals aan het woord

Professionals gaven bij het begin van ons project aan dat ze proactieve zorgplanning een lastig onderwerp vonden. Gedurende het project veranderde dit in de ervaring dat proactieve zorgplanning helpend en betekenisvol is en voldoening geeft.



Uitvoering van proactieve zorgplanning

Aanbevelingen

Beschouw proactieve zorgplanning als een proces met een aantal deeltappen. Uit ervaring blijkt dat het in de praktijk niet gaat om hét gesprek, maar om meerdere gesprekken.

We onderscheiden hierbij:

Stap 1: De voorbereiding van het gesprek (informer en bewustwording)

Stap 2: De gesprekken zelf

Stap 3: Het vastleggen én delen van de uitkomsten van het gesprek.

Stap 1 De voorbereiding van het gesprek

- Bewustwording: Het nadenken en praten over toekomstige zorg- en behandelwensen is niet voor alle ouders en naasten vanzelfsprekend. Met behulp van informatiematerialen kun je ouders bewust maken van het nut van proactieve zorgplanning en kennis laten nemen van de onderwerpen en thema's waarover je met hen in gesprek wilt gaan.
- Met en door wie: Bespreek binnen je netwerk wie er bij de betreffende oudere betrokken is en een rol zou kunnen en willen spelen in de gesprekken. Informeer bij de oudere zelf of deze openstaat voor proactieve zorgplanningsgesprekken en met wie de oudere deze gesprekken zou willen voeren. Ouders in het project gaven aan de voorkeur te hebben voor een gesprek met iemand met wie al een professionele vertrouwensrelatie bestaat. Biedt informatiemateriaal aan ter voorbereiding op de gesprekken. Mocht de oudere op dat moment (nog) geen gesprekken willen voeren, vraag of de oudere wel (alvast) informatiemateriaal zou willen ontvangen en of je op een later tijdstip opnieuw contact mag opnemen hierover.
- Hoe: Maak waar nodig gebruik van bestaande formulieren en ondersteunende vragen als onderlegger voor de gesprekken. (zie ook bij stap 2 hieronder bij het onderdeel 'Bruikbare tools').

Uitvoering van proactieve zorgplanning

Stap 2 De gesprekken zelf

Toonzetting

- Een positieve vraagstelling werkt laagdrempelig bij het aankaarten van het thema proactieve zorgplanning. Gebruik daarom positieve terminologie, bijvoorbeeld door te spreken over ‘toekomstige zorg’ en ‘tijdig spreken over wat uw wensen zijn m.b.t. zorg en behandeling’, en probeer termen als ‘levenseinde’ te vermijden, aangezien dit voor patiënten bedreigend kan klinken.
- Maak gebruik van de vraagstelling zoals die wordt voorgesteld door huisarts-promovenda [Jolien Glaudemans](#). Ook de uitgangspunten van [Positieve Gezondheid](#) zijn hierbij passend. Geschikte openingsvragen zijn bijvoorbeeld: ‘Hoe staat u in het leven?’, ‘Hoe ziet u de toekomst?’ en ‘In welke situatie wilt u NIET terechtkomen?’

Maatwerk bij specifieke doelgroepen

- Bij niet-westerse migranten stuit de directe manier waarop in Nederland veelal over het levenseinde en de dood wordt gepraat vaak op onbegrip en maakt het vertrouwen in Nederlandse hulpverleners moeilijker. De naderende dood is in veel culturen zelfs een taboe. Wees sensitief voor deze culturele verschillen.
- Denk ook aan een gepaste benadering van laaggeletterden en mensen die moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Voor meer informatie en/of scholing met betrekking tot proactieve zorgplanning bij deze doelgroepen verwijzen we graag naar [Pharos](#), het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen.

- Probeer een palliatieve situatie duidelijk te markeren/ benoemen naar de oudere, naasten en betrokken professionals, conform de regionale afspraken vanuit het [NPZZG](#). Dit schept duidelijkheid voor de patiënt, diens omgeving en professionals.
- Betrek de zorgtrajectbegeleider dementie bij de gesprekken, wanneer deze betrokken is bij ouderen met cognitieve stoornissen. Voer de gesprekken bij ouderen met cognitieve stoornissen zoveel mogelijk in het bijzijn van naasten, bij voorkeur de wettelijk vertegenwoordiger.

Bruikbare tools

- Gesprekken over proactieve zorgplanning gaan zowel over levenswensen als behandelwensen. Goede openingsvragen dragen bij aan het goed leren kennen van de patiënt en aan het goed kunnen vastleggen van wensen voor toekomstige zorg. Zet daarom een combinatie van beschikbare tools in.
- Levenswensen: Voer als professional de gesprekken vanuit het perspectief van levenswensen en wensen voor toekomstige zorg. Belangrijk is om je patiënt te leren kennen: hoe staat iemand in het leven, welke wensen en welk toekomstbeeld horen daarbij. Van daaruit ga je door naar het bespreken van behandelwensen. Hierbij een aantal goede voorbeelden: [concept vragenlijst Berg en Dal, Glaudemans](#), [Oost Brabant](#)
- Behandelwensen en -beperkingen: voor het bespreken en vastleggen van behandelwensen is de huisarts eindverantwoordelijk. Gebruik de landelijke ‘Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning’ (hierna ‘landelijke leidraad’ genoemd) als onderlegger voor het bespreken van behandelwensen en -beperkingen. [Deze Landelijke Leidraad](#) is ontwikkeld door meerdere organisaties

Uitvoering van proactieve zorgplanning

in de eerste- en tweedelijnszorg bij aanvang van de COVID-19 pandemie, als middel om uniform behandelwensen en -beperkingen vast te leggen en over te dragen tussen de eerste- en tweede lijn. De leidraad is met name aan te bevelen voor huisartsen om bij dit laatste gesprek behandelwensen vast te leggen.

Stap 3 Het vastleggen en delen van de uitkomsten van het gesprek

Gedurende het project Proactieve Zorgplanning is het belang, nut en noodzaak van communicerende ICT-systemen in kaart gebracht. Het gaat hierbij om de verschillende digitale administratieve systemen bij huisartsen, ziekenhuizen, wijkverpleging en VVT sector. De conclusie is dat de huidige ICT-opties belemmerend zijn om de netwerksamenwerking, ten behoeve van Proactieve Zorgplanning goed te kunnen faciliteren. Deze implementatietool beschrijft de wensen en de meest bruikbare aanbevolen opties die op dit moment voor handen zijn. De komende jaren blijft NEO Huisartsenzorg de landelijke ontwikkelingen hierover nauwlettend volgen en waar mogelijk, passend en ondersteunend zullen nieuwe toepassingen regionaal geïmplementeerd worden.

ICT wensen voor de toekomst

- Zorg voor een dynamisch document waarin alle relevante netwerkprofessionals de besproken levens- en behandelwensen van de cliënt kunnen inzien. Maak afspraken binnen het netwerk over welke professionals deze wensen en afspraken in dit document kunnen noteren en aanpassen.
- Zorg dat hierbij zichtbaar is wat tussentijdse bevindingen zijn (denk bijvoorbeeld aan opbrengsten van het eerste gesprek door de wijkverpleegkundige) en wat definitieve wensen zijn. Onder definitieve wensen verstaan we de afspraken zoals die met de huisarts zijn besproken en vastgelegd op dat moment.
- Zodra de wensen aan het einde van het traject zijn vastgelegd door de huisarts moeten deze - met toestemming van de patiënt - deelbaar zijn met de huisartsen-spoedpost (HAP), ziekenhuizen en VVT-instellingen.

Aanbeveling

Huisartsen noteren de besproken levenswensen en behandelwensen in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) onder ICPC-code A20. Deze informatie is deelbaar met de huisartsen-spoedpost (via het Landelijk Schakelpunt), indien de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven.

Uitvoering van proactieve zorgplanning

Andere ICT mogelijkheden

- Denk aan het invullen van de 'complexe memo' van de huisartsen-spoedpost. Deze memo is vanaf de huisartsen-spoedpost met de verwijzing mee te sturen naar de ziekenhuizen en naar de Specialisten Ouderengeneeskunde.
- Maak afspraken met je netwerk over het gebruik van het tabblad 'Proactieve Zorgplanning' binnen VIP. Dit tabblad is gebaseerd op de hierboven genoemde 'landelijke leidraad' en bevat daarnaast de mogelijkheid om aanvullende informatie over levenswensen, context etc. toe te voegen. Deze informatie kan gedeeld worden met de huisartsen-spoedpost (als PDF-bestand), maar niet met de ziekenhuizen.
- Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning: deze kan alleen als PDF gedeeld worden met de huisartsen-spoedpost. Ook deze optie kent veel administratieve hobbels.

“ Cliënten zijn zelf ook meer gaan nadenken over wat ze zouden willen. Je merkt dat er een moment van besef komt, waarbij ze zich realiseren dat ze zelf inspraak hebben in hun toekomst. ”

“ Ook voor de kinderen is het fijn als ik mijn zaken op tijd geregeld heb. Ze hoeven zich dan niet af te vragen wat ik nou wel of niet gewild zou hebben. Ze hoeven er onderling ook geen onenigheid over te krijgen. ”



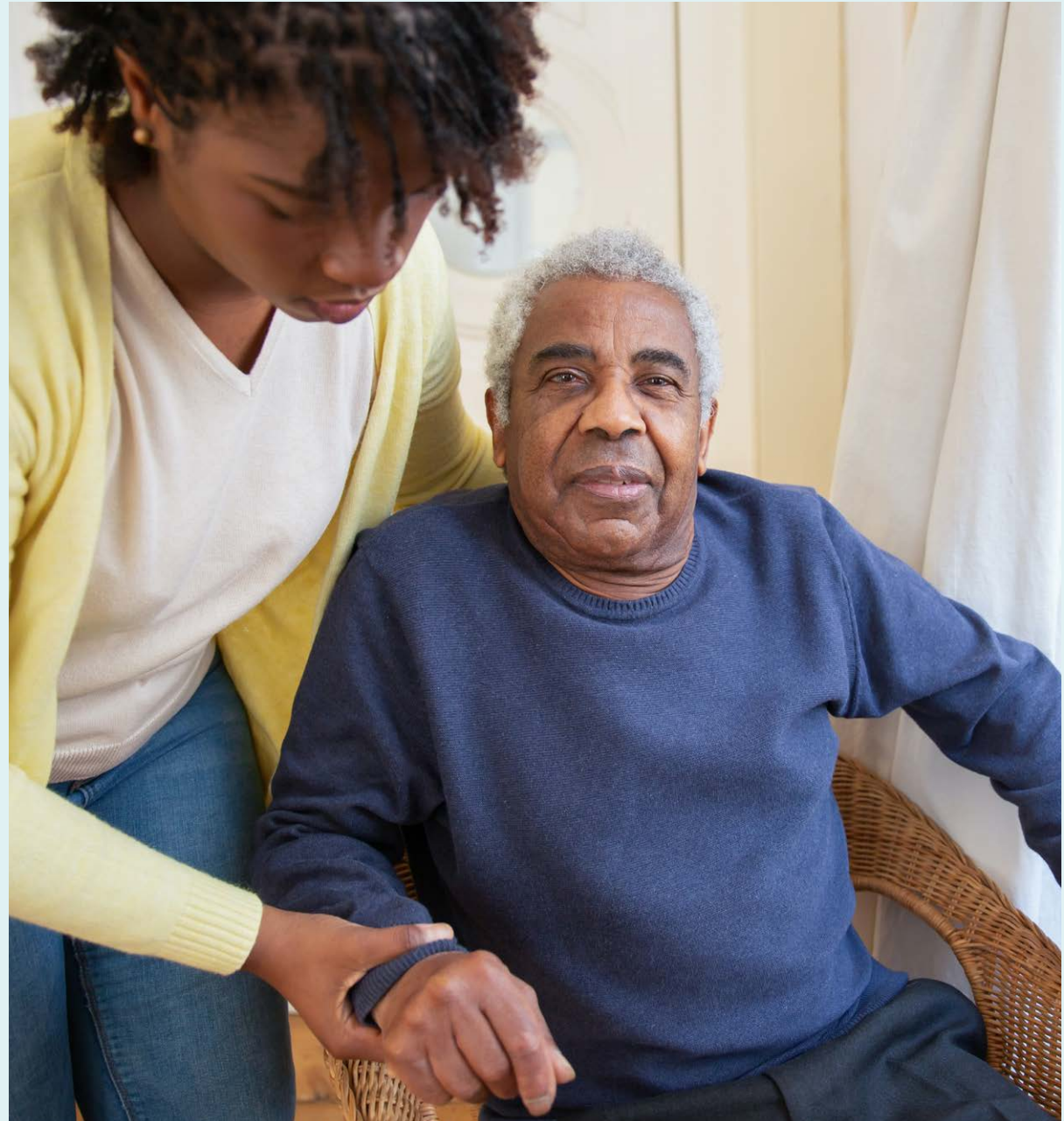
Fase 3

Tussentijdse evaluatie

— Fase 3: Tussentijdse evaluatie

Praktijkervaringen delen en evalueren

Het is raadzaam om de evaluatiemomenten al in je samenwerkingsplan vast te leggen in fase 1. Het advies is om – met name in de beginfase – regelmatig eerste praktijkervaringen binnen het netwerk te delen en te evalueren. Hierdoor kunnen samenwerkingsafspraken worden aangepast als dat nodig is.



— Meer informatie

Meer informatie

Voor meer informatie kan je terecht bij de programmamanager ouderenzorg van NEO Huisartsenzorg via het e-mailadres: dagzorg@neohuisartsenzorg.nl.

