

# Implementatie Proactieve Zorgplanning

## Handreiking voor netwerkcoördinatoren/ ketenregisseurs

### Proactieve Zorgplanning in de Zorgstandaard (aanbeveling 1)

Proactieve zorgplanning wordt door de aangewezen professional direct na de diagnose gestart of zodra de persoon met dementie en de mantelzorgers hiervoor openstaan. Dit wordt voortgezet gedurende het gehele ziekteproces.

### Omschrijving proactieve zorgplanning

- Proactieve zorgplanning is een continu proces van ondersteunend overleg en gezamenlijke besluitvorming met de persoon met dementie en diens mantelzorgers met als doel om zinvolle en haalbare doelen voor hun huidige en toekomstige behandeling, zorg en ondersteuning te bepalen<sup>1</sup>.
- In dit proces wordt met de persoon en/of de wettelijk vertegenwoordiger gesproken over zijn eventuele wensen en voorkeuren ten aanzien van toekomstige zorg en behandelingen<sup>2</sup>.
- Proactieve zorgplanning is vooral gericht op het dagelijks leven met dementie, het regelen van preventie, welzijn, psychosociale zorg en ondersteuning, met een focus op wat iemand nog allemaal wel kan en doet. Hierbij wordt geanticipeerd op toekomstige veranderingen, beslissingen en regieverlies van de persoon met dementie, middels onderwerpen als vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid, rechtsbescherming en opname. Het heeft dus zeker niet alleen betrekking op het levenseinde of medische behandel- en zorgvoorkeuren.
- Proactieve zorgplanning wordt op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de (huis)arts of centrale zorgverlener met wie de patiënt een goede behandelrelatie heeft en die de ziektegeschiedenis goed kent<sup>3</sup>.
- Het belang van tijdige proactieve zorgplanning is het voorkomen van 'te laat'. Het is 'te laat' bij opname in verpleeghuis en/of bij wilsonbekwaamheid.

### Elementen proactieve zorgplanning

#### Samenwerking / afstemming tussen professionals is noodzaak

De betrokken professionals zoeken onderling afstemming over gesprekken gericht op proactieve zorgplanning. Welke professional of professionals de regie voert of voeren over de proactieve zorgplanning is context gebonden, onder meer afhankelijk van de fase in het dementietraject en de plaats waar de persoon met dementie verblijft. In ieder geval moet de regievoering zijn afgestemd tussen de professionals en gecommuniceerd met de persoon met dementie en diens mantelzorger.

---

<sup>1</sup> Ruiter et al, 2013

<sup>2</sup> Richtlijn proactieve zorgplanning

<sup>3</sup> Richtlijn proactieve zorgplanning

### Schriftelijk vastleggen

Het schriftelijk vastleggen van de afspraken, doelen en voorkeuren, zoals in het zorgleefplan, wils- of euthanasieverklaring, of levenstestament, draagt bij aan het borgen van de uitkomsten van de gesprekken, keuzes en afspraken. Bij voorkeur gebeurt dit elektronisch.

### Periodiek evalueren

Periodiek (minstens twee keer per jaar) wordt geëvalueerd hoe lang en met welk doel bepaalde behandeling, zorg en ondersteuning worden voortgezet. Verandering in gezondheid, functioneren of levensdoelen zijn ook aanleidingen om een gesprek te herhalen.

### Rol netwerkcoördinator

Het is de taak van de netwerkcoördinator om zicht te hebben of proactieve zorgplanning überhaupt en op tijd gebeurt in de regio. De netwerkcoördinator ondersteunt bij de totstandkoming van afspraken en bevordert de onderlinge samenwerking tussen betrokken professionals. Het is daarvoor van belang om de interprofessionele samenwerking te stimuleren, ook de zachte kant van de samenwerking; wat betekent het om zo'n levenseinde gesprek te voeren.

De netwerkcoördinator heeft een rol in het agenderen van het thema proactieve zorgplanning en het creëren van draagvlak voor de vormgeving en uitvoering van de proactieve zorgplanning. Het samenstellen van een werkgroep die met onderstaand stappenplan aan de slag gaat kan helpen om inzicht te krijgen en vervolgplannen te maken.

## Stappenplan

### 1. Beschrijf de huidige situatie in de regio wat betreft proactieve zorgplanning

Een eerste stap is een inventarisatie te maken van hoe het in de regio geregeld is. De huisarts heeft een belangrijke rol als het gaat om proactieve zorgplanning. Zorg in ieder geval voor betrokkenheid van de huisartsvereniging in de regio.

- Wie / welke organisaties zijn nu betrokken/bezig met bij proactieve zorgplanning bij mensen met dementie en hun naasten? Denk aan:
  - Huisartsvereniging/huisartsen/POH
  - Keten dementie / casemanagers dementie
  - VVT organisatie(s) / wijkverpleegkundigen
  - Ziekenhuis
  - Netwerk palliatieve zorg
  - Welzijnswerk
  - Anders, nl....
  
- Op welke manier geven de betrokken organisaties/professionals nu invulling aan de proactieve zorgplanning bij mensen met dementie en hun naasten.
  - Zijn de betrokken partijen bekend met de richtlijn proactieve zorgplanning?
  - Is ieder op zich bezig of liggen er regionale afspraken over (starten van) het gesprek over proactieve zorgplanning?
  - Is proactieve zorgplanning een vast onderdeel van de werkwijze van het casemanagement bij dementie. En zo ja welke tools worden gebruikt?
  - Is er duidelijkheid over ieders rol in het proces van proactieve zorgplanning?

- Zijn er afspraken gemaakt over het vastleggen van de toekomstige wensen in een formulier en over het delen van deze wensen (formulier) met andere betrokken partijen/professionals?
  - Liggen er al andere afspraken over proactieve zorgplanning, bijvoorbeeld voor een bredere/ andere doelgroep? Sluit dat voldoende aan en is het van toepassing op mensen met dementie en hun naasten (wettelijk vertegenwoordigers).
- 2. Wat is de gewenste situatie? Zijn er dingen die nog anders georganiseerd kunnen worden of ontwikkeld moeten worden?**
- Uitgangspunt: werk samen en stem af met betrokken organisaties/professionals bij proactieve zorgplanning
  - Bewustwording onder betrokken professionals over belang proactieve zorgplanning
  - Voldoende vaardig om gesprek over proactieve zorgplanning te kunnen voeren
  - Behoeftte aan scholing of deskundigheidsbevordering voor wie
  - Voor alle betrokken duidelijk hoe cliënten welke wensen kunnen vastleggen (levensverhaal/boek, vertegenwoordiging, levenstestament, wilsverklaring, euthanasieverklaring ...)
  - Regionaal duidelijke afspraken over delen (periodiek) wensen van de cliënt
  - Anders....

### Beschikbare tools

De tools voor professionals beschikbaar om proactieve zorgplanning te ondersteunen, waaronder:

- 'Spreken over vergeten' [Home - Spreken over vergeten](#) (Verkade et al, 2018),
- 'Samen verder na de diagnose dementie' (Trimbos-instituut, 2018),
- 'Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers' (EDOMAH; Graff et al, 2010)
- 'Gesprekswijzer proactieve zorgplanning bij mensen met dementie en vergeetachtigheid' [Implementatietoolbox Gesprekswijzer Proactieve Zorgplanning - Palliaweb](#)
- Tools van Laego (Guldmond et al, 2017)
- Dedicated werkwijze ([https://dedicatedwerkwijze.nl/wp-content/uploads/2021/03/Overzicht\\_tools\\_communicatie.pdf](https://dedicatedwerkwijze.nl/wp-content/uploads/2021/03/Overzicht_tools_communicatie.pdf))
- Behandelpaspoort <https://www.behandelpaspoort.nl/>

### Achtergrondinformatie

Er is al heel veel documentatie te vinden over proactieve zorgplanning en Advance Care Planning (ACP). Een mooi document om als uitgangspunt te nemen bij de implementatie is de Richtlijn proactieve zorgplanning van juni 2023. [Proactieve Zorgplanning - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#) Inspirerend voorbeeld

Een mooi voorbeeld wat het resultaat kan zijn van regionaal goede afspraken over proactieve zorgplanning is de website <https://www.vorbereidinglaatstelevensfase.nl/>. Een samenwerking van de Drentse ziekenhuizen, Drentse huisartsen, verpleeghuizen, wijkverpleging en welzijnswerk