

Handleiding Proactief Zorgplan Palliatieve zorg

Hulp voor de zorg
bij het invullen

Handleiding voor het invullen van het proactief zorgplan (PZP) palliatieve zorg.

Colofon: Deze handleiding is tot stand gekomen met het Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Fryslân.

Leden van de werkgroep:

Auteur: Marieke Hillebrand, Nij Smellinghe

Coauteurs:

Anja Groen, Buurtzorg

Greetje Koopmans en Kim Bos, Zuidoost Zorg
Iemie Visser en Nina Geraedts, Kwadrant Groep

Jeannet Otten, Liante

Petra de Vries, Allertzorg

Sjoeke van der Meer, Smelnehaven

Drachten, mei 2022

ALLERZORG
SPECIALIST IN ZORG THUIS ::

BUURTZORG

Liante
Zorggroep

KwadrantGroep
kracht door verbinding

Nij Smellinghe
Ziekenhuis Drachten

Smelnehaven
hospice en
thuisondersteuning

**ZUID
OOST
ZORG**

VPTZ
Zuidoost Friesland

Inhoud

Inleiding.....	4	Overige	9
Proactieve zorgplanning	4	Voorkeursplaats van overlijden	9
Wat is proactieve zorgplanning?	4	Invullen van de domeinen.....	9
Wat is het doel van proactieve zorgplanning?	4	Lichamelijk domein	9
Wanneer starten met proactieve zorgplanning?	4	Zorgverlening/ADL.....	9
Algemene informatie over het proactief		Sociaal/financieel domein	10
zorgplan voor zorgverleners en patiënten	5	Psychisch domein	10
Begeleidende brief voor de patiënt	5	Zingeving/existentieel domein	10
Wat is het proactief zorgplan?	5	Medicatiegegevens	11
Waarom een proactief zorgplan?	5	Invullen overige informatie.....	11
Waar ligt het plan?	5	Overige informatie/meegegeven folders	11
Van wie en voor wie is het proactief zorgplan?	5	Belangrijke telefoonnummers	11
Dynamisch zorgplan	5	Overzicht gesprekken proactieve zorgplanning.....	11
Invullen van de basisgegevens.....	6	Let op	11
Persoonsgegevens	6	Bronvermelding	12
Contactpersoon	6		
Wettelijk vertegenwoordiger	6	Bijlagen:	
Diagnose	6	1. Begeleidende brieven.....	13
Relevante voorgeschiedenis	6	2. Wilsverklaring en wilsbeschikking.....	17
Levensverwachting	6	3. Karnofsky-score	19
Hoofdbehandelaar.....	6	4. Zelfredzaamheidsradar	20
Afspraken en wensen.....	7	5. Veel gestelde vragen	21
Bij problemen opnieuw verwijzen/heropname		6. Proactief transmuraal zorgplan.....	23
ziekenhuis.....	7		
Reanimatiebeleid en behandelbeperkingen	7		
Wilsverklaring.....	7		
Medicatiebijzonderheden,			
overgevoeligheden en allergieën	8		
Informatieverstrekking ten aanzien van	8		
Euthanasie.....	8		
Euthanasieverklaring	8		
Palliatieve sedatie.....	8		
ICD uitzetten/pacemakerwerking	8		
Bewust stoppen met eten en drinken	8		

Inleiding

Proactieve zorgplanning

Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning, ook wel advance care planning of ACP genoemd) heeft een positief effect op het welbevinden van de patiënt* en diens naasten en de kwaliteit van zorg. Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming.

In deze handleiding vind je niet alleen stap-voor-stap nuttige informatie over het invullen van het formulier, maar ook antwoorden op veel gestelde vragen (zie bijlage 5).

*Daar waar patiënt staat, kan men ook cliënt, bewoner of gast lezen.

Wat is proactieve zorgplanning?

Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekte-traject mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt (Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

Wat is het doel van proactieve zorgplanning?

Proactieve palliatieve zorgplanning omvat het anticiperen op toekomstige zorg in het geval van een ongeneeslijke (progressieve) ziekte door het continue afstemmingsproces tussen individuen en zorgverleners en tussen zorgverleners onderling over beslissingen, wensen, doelen en voorkeuren van de patiënt en zijn naasten met betrekking tot de vier dimensies van palliatieve zorg (Kouwert & Keizer, 2015).

Bij elk domein wordt gevraagd naar het beleid ten aanzien van de bevindingen, zorgvraag en daarbij gewenste doelen. Er wordt vooruitgedacht in de

vorm van proactief beleid of proactieve adviezen om toekomstige doelen te behalen.

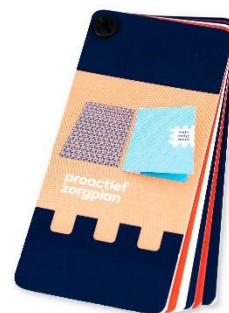
Wanneer starten met proactieve zorgplanning?

Een startpunt van proactieve zorgplanning kan het moment van 'markeren van de palliatieve fase' zijn, met het positief beantwoorden van de Surprise Question**. Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op een passende manier aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, betrokken zorgverleners of door de patiënt en diens naasten. De uitkomsten van het proces en de gemaakte afspraken worden vastgelegd in het proactieve zorgplan (PZP) palliatieve zorg. Het PZP kan een onderdeel kan zijn van een individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald en het PZP wordt aangepast, wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.

**Surprise Question (SQ):

Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt? Wanneer 'nee' het antwoord is, is dit een positieve beantwoording van de SQ. Het is echter geen wet van meden en perzen, wanneer het moeilijk is om in termen van één jaar te denken, kan men het ook beschouwen als herkenning en erkenning van een palliatieve zorgvraag.

Een beknopte versie van de handleiding is beschikbaar in de vorm van een zakkaartje (bestel via www.palliaweb.nl/netwerk-friesland).



Algemene informatie over het proactief zorgplan voor zorgverleners en patiënten

Begeleidende brief voor de patiënt

Voor de patiënt en diens naasten zijn er twee begeleidende brieven met informatie. De eerste brief krijgt de patiënt vóóraf en de tweede wordt toegevoegd bij het uitgewerkte proactieve zorgplan (zie bijlage 1).

Wat is het proactief zorgplan?

Een document dat belangrijke informatie over de patiënt bevat, die zorgverleners nodig hebben om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen verzorgen en behandelen.

De informatie in het plan is altijd eerst met de patiënt en/of diens naasten besproken. Zorgverleners houden graag rekening met de wensen en ideeën van de patiënt. Mocht de patiënt niet willen dat bepaalde informatie in het document wordt opgeschreven kan dat aangegeven worden. Wel is het zo, dat als er belangrijke informatie ontbreekt, het moeilijker kan zijn de patiënt optimaal te verzorgen en te behandelen.

Waarom een proactief zorgplan?

Het document is bedoeld om ervoor te zorgen dat alle zorgverleners, zowel thuis als in het ziekenhuis, van de vaste huisarts, specialist, verpleegkundige en/of verzorgende, tot een invaller tijdens de dienst, beschikken over belangrijke informatie over de patiënt als persoon en over zijn/haar ideeën en wensen, en over de ziekte. Dit is belangrijk om op elk moment dat dit nodig is, een zo goed mogelijk besluit te kunnen nemen over wat op dat moment het beste is, rekening houdend met wat de patiënt wil.

Waar ligt het plan?

Om te zorgen dat de zorg aansluit bij dat wat de patiënt wel of juist niet wil, is het belangrijk dat het proactief zorgplan altijd bij de patiënt aanwezig is, waar deze zich in de keten ook bevindt.

Thuis wordt het plan bij voorkeur bewaard in de herkenbare, speciale *Mijn Zorgmap* zodat het plan vindbaar en zichtbaar is voor de zorgverleners (ook in acute situaties).



Als de patiënt zich verplaatst door de keten heen, bijvoorbeeld wordt opgenomen in het ziekenhuis voor een (kortdurende) ingreep of behandeling, is het belangrijk dat het proactief zorgplan wordt meegenomen voor de zorgverleners ter plaatse.

Van wie en voor wie is het proactief zorgplan?

Het proactief zorgplan gaat over de patiënt. Het wordt ingevuld door zorgverleners, in samenspraak met de patiënt.

Het document is er voor de patiënt én ook voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de verzorging en de behandeling, zodat zij op ieder moment optimaal over de situatie zijn geïnformeerd en zo goed mogelijk zorg kunnen bieden. De patiënt beslist zelf wie het document mag inzien. Dat mag alleen met diens toestemming en geldt zowel voor de zorgverleners als voor familie en kennissen. Wij raden aan het proactief zorgplan, en dan vooral de afspraken met betrekking tot behandelwensen en/of behandelbeperkingen, te delen met de (huis)arts.

Dynamisch zorgplan

Als er een verandering in de situatie optreedt (bijvoorbeeld omdat een nieuw symptoom ontstaat) of als de patiënt anders over bepaalde besluiten is gaan denken (bijvoorbeeld omdat eerder is aangegeven bij achteruitgang nog naar het ziekenhuis te willen worden ingestuurd, maar

de patiënt besluit op een later moment dit niet meer te willen), kan een zorgverlener deze informatie aanpassen in het proactief zorgplan.

Omdat het proactief zorgplan kan veranderen, is het belangrijk dat altijd de meest actuele versie bij de patiënt aanwezig is. De zorgverleners kunnen helpen hier overzicht over te houden.

Invullen van de basisgegevens

Persoonsgegevens

Hier komen de persoonsgegevens van de patiënt te staan.

Contactpersoon

Hier vul je de naam, zo nodig het adres (als de contactpersoon op een ander adres woont dan de patiënt), de relatie tot de patiënt (bijvoorbeeld echtgenoot/dochter/oom/kleinkind/buurvrouw/vriend) en telefoonnummers (zowel vast als mobiel).in.

Als de contactpersoon tevens wettelijk vertegenwoordiger is, kun je dit erbij zetten boven aan de kop: Contactpersoon en wettelijk vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger*

Als de contactpersoon niet de wettelijk vertegenwoordiger is, schrijf je de contactgegevens van de wettelijk vertegenwoordiger in het andere vlak onder de bijbehorende kop. Ook hier een beschrijving van naam, adres, relatie tot de patiënt en telefoonnummers. Let op: een notaris kan ook als wettelijk vertegenwoordiger optreden.

Diagnose

Beschrijf de diagnose, licht eventuele bijkomende diagnoses toe. *Bijvoorbeeld: gemetastaseerde kanker: waar zitten de metastasen?, complicaties door de ziekte zoals pleuravocht of ascites, etc.*

Relevante voorgeschiedenis

Wat is van belang voor andere zorgverleners om te weten? Sommige medicatie is te herleiden uit de voorgeschiedenis, zo ook (opspelende) klachten/symptomen. *Wees kritisch. Soms hebben patiënten hele lijsten aan voorgeschiedenis: is alles van belang?*

Levensverwachting

Alleen beschrijven na overleg met de patiënt.: wat weet de patiënt, wil de patiënt weten en mag het worden genoteerd in het plan?

Opties; <2 weken, <3 mnd, <6 mnd, <1 jaar, onbekend/onduidelijk/wenst niet te weten.

Hoofdbehandelaar

Wie is de hoofdbehandelaar? Bijvoorbeeld de medisch specialist wanneer een patiënt nog volop ziektegerichte palliatieve behandeling krijgt, of de huisarts wanneer de patiënt qua medische zorg is overgedragen door de medisch specialist.

- Een combinatie van die twee en welke afspraken zijn daarover gemaakt?
- Wie is waar verantwoordelijk over?
- De specialist ouderengeneeskunde of de huisarts in geval van verblijf in een verpleeghuisinstelling?
- Is het voor de patiënt duidelijk wie de hoofdbehandelaar is?

* Een wettelijk vertegenwoordiger is een persoon die wettelijk bevoegd is beslissingen te nemen voor iemand die dat zelf niet kan. Medisch gezien: Als een patiënt niet meer kan beslissen over medische behandeling kijkt de arts eerst of er een wilsverklaring is geschreven. Hierin staat wat er moet gebeuren in zo'n situatie en of de patiënt iemand heeft aangewezen om namens hem/haar te spreken. (In bijlage 2 staat meer informatie over de wilsverklaring en -beschikking). Als dit niet zo is, vraagt de arts de naasten om te beslissen. Eerst aan de echtgenoot of partner en anders aan een ouder, kind, broer of zus. Als niemand vertegenwoordiger wil of kan zijn, beslist de arts zelf.

Afspraken en wensen

Bij problemen opnieuw verwijzen/heropname ziekenhuis

Ja/nee, uitleg waarom wel of niet en waarvoor wel of niet opnieuw verwijzen/heropname gewenst is.

Bijvoorbeeld niet verwijzen/heropname voor diagnostiek, maar wel voor bloedtransfusie.

Bijvoorbeeld wel verwijzen bij klachten gerelateerd aan lopende ziektegerichte behandeling, zoals palliatieve chemotherapie.

Reanimatiebeleid en behandelbeperkingen

- Registratiedatum: datum waarop beleid is vastgelegd.
- Reanimeren: ja/nee.
- Opname hartbewaking: ja/nee.
- Opname intensive care: ja/nee.
- Beademen: ja/nee (bij opname intensive care).
- Opereren: ja/nee, eventueel aanvullen met reden
- Bloedproducten: ja/nee (indien ja betekent dit een invasieve behandeling in het ziekenhuis voor transfusies).
- Antibiotica intraveneus: ja/nee (indien ja betekent dit vaak een invasieve behandeling in het ziekenhuis).
- Kunstmatig voeden: ja/nee, sondevoeding via een (maag)sonde en/of Totale Parenterale Voeding (TPV). Dit kan een invasieve behandeling in het ziekenhuis en eventuele bloedcontroles betekenen.
- Dit beleid is met de patiënt besproken. Als het in het plan staat, MOET het besproken zijn met de patiënt. Besproken betekent niet automatisch dat de patiënt het er altijd mee eens is. Een reanimatiebeleid en de behandelbeperkingen kunnen ook op medische gronden bepaald worden. Men streeft naar consensus.

Wilsverklaring*

Is er een wilsverklaring aanwezig? Ja/nee
Met wie is het besproken/gedeeld, op welke manier, waar is het vastgelegd?

* Wilsverklaring en wilsbeschikking (ook wel codicil genoemd) worden door elkaar gebruikt. Een wilsverklaring is vooral gericht op wensen en afspraken bij leven. Een wilsbeschikking vooral gericht op wensen en afspraken na overlijden.

Soorten wilsverklaringen

- Behandelverbod
- Verklaring niet-reanimeren
- Schriftelijk euthanasieverzoek
- Wettelijk vertegenwoordiger
- Wens om bij leven wel/niet deel te nemen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek
- Registratie donorregister
- Na overlijden het lichaam ter beschikking stellen aan de wetenschap/lichaamsdonatie

Zie voor meer informatie bijlage 2

Medicatiebijzonderheden, overgevoeligheden en allergieën

Noem hier alleen de bijzonderheden. *Bijvoorbeeld ziektegerichte medicatie, belangrijke start/stop/tot nader order (TNO) gestopte medicatie, met wie saneren van medicatie bespreken (als zorgverlener tot zorgverlener), door wie (welke zorgverlener) wordt het saneren van medicatie besproken met de patiënt, welke medicatie wordt/is gesaneerd.*

*Beschrijf hier ook allergieën en overgevoeligheden voor medicatie en met welke gevolgen en de ernst.**

*Allergieën en overgevoeligheid

Bij een medicijnenallergie is het lichaam overgevoelig voor een bepaald medicijn. Wanneer dit medicijn binnenkomt, komt het afweersysteem in actie. Dit is binnen een paar minuten of pas na een paar uur te merken. De klachten die een allergische reactie veroorzaken, wisselen van mild tot levensbedreigend. Een allergische reactie is anders dan een 'gewone' bijwerking. Bijwerkingen zijn het gevolg van de werking van het medicijn.

De actuele medicatielijst kan (apart) worden bijgevoegd aan het einde van het proactieve zorgplan.

Informatieverstrekking en wensen ten aanzien van

Euthanasie

Wat is besproken, door/met wie? Globale informatie gegeven? Uitgebreide informatie over het euthanasieproces? Hoe denkt de patiënt erover? Weet de (huis)arts dit?

Euthanasieverklaring

Ja/nee, indien aanwezig: met wie is het besproken/gedeeld, op welke manier (papier/digitaal/mondeling)?

Palliatieve sedatie**

Wat is besproken, door/met wie? Globale informatie gegeven? Uitgebreide uitleg over intermitterende en continue sedatie in de stervensfase (levensverwachting <2 weken) en refractaire symptomen? Hoe denkt de patiënt erover? Weet de (huis)arts dit? Onder aan het plan staat ook dat de patiënt de informatie moet bespreken met de huisarts.

** Palliatieve sedatie

- **Intermitterende palliatieve sedatie:** giften van het sedatiemedicijn wordt met onderbrekingen of tussenpozen toegediend.
- **Continue palliatieve sedatie:** het sedatiemedicijn wordt subcutaan (onderhuids) of intraveneus (via een bloedvat in de bloedbaan) met behulp van een pompje continu aan de patiënt toegediend.
- **Refractaire symptomen:** symptomen of klachten waarbij de gebruikelijke behandelingen NIET voldoende (snel) werken en/of deze behandelingen onaanvaardbare bijwerkingen hebben, waardoor de patiënt er geen baat bij heeft (KNMG, 2009).

ICD uitzetten/pacemakerwerking:

Wat is besproken, door wie, hoe denkt de patiënt erover en welke afspraken zijn er gemaakt? Weet de (huis)arts dit?

Bewust stoppen met eten en drinken

Wat is besproken, door wie en hoe denkt de patiënt hierover. Zijn er afspraken over gemaakt? Weet de (huis)arts dit?

Overige

Voorkeursplaats van overlijden

Bijvoorbeeld thuis, hospice, palliatief bed in verzorgings-/verpleeghuis, bij anderen (bv kinderen) in huis.

Specifieke wensen:

Wat is belangrijk voor de patiënt? Dit kan van alles zijn, zoals een uitje, afscheid nemen van persoon, dier of plaats, nog iets speciaals eten, een ritueel voor of tijdens het sterven, de inzet wensambulance enzovoort.

Invullen van de domeinen

Lichamelijk domein

Huidige situatie: Beschrijf zaken over het algemeen welbevinden en symptomen of klachten op het gebied van: eten/drinken, misselijkheid/braken, defecatie/obstipatie/mictie, slaap/waak, mobiliteit, dyspnoe, pijn/doorbraakpijn, verwardheid/cognitief/delier (dit kan ook bij het psychisch domein beschreven worden).
Roken/alcohol/drugsgebruik (t)?

Beleid: Op basis van de huidige situatie, welke acties/beslissingen zijn er genomen. *Bijvoorbeeld start niet-medicamenteuze of medicamenteuze behandeling. Inzet van wensdieet/inzet van hulpmiddelen etc.*

Proactief: Wat is fysiek aan symptomen te verwachten in de toekomst en welke acties kun je dan inzetten? Zowel verpleegkundig/verzorgend als medisch/arts.

Zorgverlening/ADL

Huidige situatie:

Karnofsky score: Een medische score om de performance van de patiënt te beschrijven, geeft

een indicatie voor de palliatieve fase en levensverwachting en zorgvraag/zorgverwachting (zie bijlage 3).

Zelfredzaamheidsradar: Een breed gebruikt instrument om de zelfredzaamheid in kaart te brengen en samen te bedenken waar en hoe dit nog verbeterd kan worden. Dit instrument kan helpen bij het houden en bevorderen van de eigen regie. Dit instrument kan ook helpen om inzichtelijk te maken waar veel tijd en energie in gaat zitten en samen te zoeken naar het vinden van balans in in- en ontspanning. (zie bijlage 4).

ADL afhankelijk (waarin)/ADL onafhankelijk

Verblijfplaats: Bijvoorbeeld thuis, hospice, ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis, anders.

Contact met de huisarts: Hoe wordt het contact ervaren en hoe ziet dit eruit? Kennen patiënt en huisarts elkaar goed? Is er een vertrouwensband? Hoe vaak komt de huisarts langs, bijvoorbeeld 1x per week of komt de huisarts langs bij bellen?

Mantelzorg: Ja/nee en wie doet wat? Is er mantelzorg voor lichamelijke zorg aan de patiënt of alleen huishoudelijk/overig? Kan de mantelzorg dit aan? Ook wanneer de zorgvraag groter wordt?

Thuiszorg: Welke organisatie, hoe ziet de zorg eruit?

Beleid: Op basis van de huidige situatie, welke acties/beslissingen zijn er genomen? *Bijvoorbeeld aanvraag thuiszorg? Uitbreiding zorg? Aanvraag WMO? Overplaatsing naar hospice?*

Proactief: Wat is te verwachten aan zorgvraag, advies om thuiszorgorganisatie intake ter voorbereiding op inzet, ondersteuning mantelzorg, inzet VPTZ, verwijzen naar informatie over zorg in hospice/verzorgingshuis etc., verwijzen naar informatie over WMO?

Sociaal/financieel domein

Huidige situatie:

Burgerlijke status: gezin/kinderen/familie/ overige naasten.

Werkzaamheden, hobby's

Ziektebeleving door naasten: Begrijpen zij de situatie? Hoe gaat het met de naasten? Zijn er vragen/situaties waar extra hulp geboden moet worden?

Situatie rondom financiën en zakelijke afspraken:

Verzekeringen, nalatenschap, notarieel (soms hier al informatie over de uitvaart). Wie doet wat, kan dat zo doorgaan? Moet er een overdracht plaatsvinden aan partner, naasten, wettelijke vertegenwoordiging, bankzaken, wachtwoorden, machtigingen, DigiD, hypotheek, huurhuis, huwelijk in gemeenschap van goederen/huwelijkse voorwaarden etc.

Beleid: Op basis van de huidige situatie. Welke acties/beslissingen zijn er genomen? Inzet maatschappelijk werk?

Proactief: Wat is te verwachten en welke acties kunnen daarop ingezet worden?

Psychisch domein

Huidige situatie:

Cognitief: Aanwezigheid van belemmeringen, zo ook zicht en gehoor? Bekend met delier/verwardheid/psychische aandoeningen/dementiële beelden.

Emotioneel: Onder andere coping, angst, depressie, somberheid. Hoe gaat de patiënt om met stress, angst, verdriet, functieverlies? Maar ook blijdschap, waar geniet iemand van, wat maakt een goede dag? Heeft patiënt eerder sterfbedden meegemaakt, hoe was die ervaring, heeft dit (negatieve/ positieve) invloed op het eigen psychisch welbevinden?

Beleid: Op basis van de huidige situatie. Welke acties/beslissingen zijn er genomen? Inzet psycholoog, medicatie, niet medicamenteuze behandeling. Inzet lotgenotencontact, massage bij kanker enzovoort.

Proactief: Wat is te verwachten en welke acties kunnen daarop genomen worden? Advies voor informatie over lotgenotencontact, inzet psycholoog enzovoort.

Zingeving/existentieel domein

Huidige situatie:

Levensbeschouwing: wel/niet religieus, welke stroming, kerkelijk, levenswijze (bv boeddhistisch, atheïstisch)?

Betekenis van leven, heden, verleden, toekomst, de betekenis van de dood. Bijvoorbeeld *“leven is in verbinding staan, samen zijn en gelukkig zijn”, “het leven is een gift”, “dankbaarheid een goed leven te hebben gehad”, “doodgaan betekent dat er dan niks meer is”, “de dood is niet het einde”, “dan ga ik naar de hemel” etc. Alles wat de patiënt zegt, is goed en voor die persoon belangrijk.*

Is er contact met

dominee/pastor/voorganger/kerkgenoten/geestelijk verzorgers (Sichtpunt)/spiritueel leiders? Hoe ziet dat contact eruit?

Onafgewerkte zaken: Zijn er onafgewerkte zaken in het leven die voor het overlijden aangepakt moeten worden? Of kan diegene ermee leven dat het blijft zoals het is? Hoe kan men helpen de onafgewerkte zaken af te maken? Wat is daarvoor nodig?

Kracht/hoop/steun: Vraag waar de patiënt dit uithaalt. *Voorbeelden zijn: de natuur, het geloof, een overtuiging, een levenswijze, de naasten, het voorjaar, de zee etc. Alles waar de patiënt dit uithaalt, is goed en belangrijk voor deze persoon.*

Rituelen/Gebruiken: Hier kan informatie t.a.v. wensen voor de uitvaart staan. Zijn er specifieke religieuze rituelen die met het leven en/of de dood

te maken hebben? Maar ook dagelijkse rituelen en gebruiken die belangrijk zijn en als de patiënt niet meer in staat is deze te doen, kan iemand dat dan voor diegene doen? Is dat een wens?

Beleid: Op basis van de huidige situatie. Welke acties/beslissingen zijn er genomen? Inzet van geestelijk verzorger van Sichtpunt? Contact opnemen met spiritueel begeleiders? Inzet van een ritueel?

Proactief: Wat is te verwachten en welke acties kunnen daarop genomen worden? Advies voor inzet van hulp?

Medicatiegegevens

Actieve medicatie

- Beschrijf, en/of voeg de medicatielijst toe.

Medicatie bijzonderheden en wijzigingen

Ervaringen met medicatie,

- Ongewenste effecten/onvoldoende effect.
- Hierbij gaat het ook om medicatie waarmee de cliënt goede ervaringen heeft gehad.

Zelfmedicatie/homeopathie/drogist: Beschrijf wat de patiënt gebruikt zoals hierboven bij voorgeschreven medicatie.

Invullen overige informatie

Overige informatie/meegegeven folders:

- Benoem alle informatieboekjes, folders, flyers, het wensenboekje en overige informatie die aangeboden zijn.
- Benoem eventueel van welke instelling deze afkomstig zijn.



Belangrijke telefoonnummers

Belangrijke namen van personen/organisaties en telefoonnummers in te vullen in de kaders door de betrokken zorgverleners.

Overzicht gesprekken proactieve zorgplanning

In het overzicht kan worden bijgehouden op welke data gesprekken zijn geweest waarbij het proactief zorgplan is ingevuld, aangevuld of vernieuwd (herschreven). De oude plannen kunnen in *Mijn Zorgmap* worden bewaard. De nieuwste zit voorin. Het is een mogelijkheid de proactieve zorgplannen te nummeren volgens het overzicht.

Onder aan het document staan twee zinnen:

Patiënt is geïnformeerd over eigen verantwoordelijkheid om deze behandelwensen en afspraken met naasten te bespreken.

****Patiënt is akkoord met het delen van deze behandelwensen en afspraken met andere betrokken hulpverleners.****

* Dit is om de patiënt te wijzen op het belang van het delen van essentiële informatie uit het proactief zorgplan palliatieve zorg, waaronder de besproken behandelbeperkingen, met diens naasten.

** Dit betekent dat de patiënt goedkeuring geeft aan zorgverleners om de inhoud van het plan te delen met andere hulpverleners.

Let op

Het proactief zorgplan palliatieve zorg is en blijft een document van de patiënt zelf. Wanneer de patiënt stukken niet wenst te delen met anderen, zal die informatie niet opgenomen of geschrapt worden of kan de patiënt ervoor kiezen het plan niet te willen delen.

Bronvermelding

Keizer, J., Kouwert, M. J. (2015). *Proactieve palliatieve zorgplanning bij oncologiepatiënten in Twente*. Behavioural, Management and Social Sciences. University of Twente.

KNMG. (2009). *Richtlijn palliatieve sedatie*. (pp. 5). Utrecht.

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg NL*. Geraadpleegd op 11 augustus 2020, van https://www.iknl.nl/docs/default-source/palliatieve-zorg/kwaliteitskader_digitaal_def.pdf?sfvrsn=0

Bijlage 1

Begeleidende brieven

Graag het logo invoeren van degene die het 1^e gesprek voert



Gegevens aanhef

Plaats, datum

Onderwerp: **Uitnodiging voor gesprek proactief zorgplan**

Geachte...

Op ... hebt u een afspraak voor een gesprek met Een gesprek over uw leven, het levenseinde en de wensen en ideeën die u daarbij hebt. We noemen dit een gesprek over proactieve zorgplanning. Na het gesprek wordt een 'proactief zorgplan' geschreven. De informatie in deze brief kan u helpen om hier alvast over na te denken.

Wat is proactieve zorgplanning?

Wat is van belang en welke zorg is voor u belangrijk in deze situatie en als er een moment komt dat beter worden niet meer mogelijk is. Misschien weet u al wat u dan zou willen en welke zorg het beste bij u past. Misschien weet u dit nog niet en kan een gesprek met uw naasten u daarbij helpen.

De zorgverleners om u heen vinden het belangrijk passende zorg te geven die aansluit bij uw situatie en wensen. De zorgverlener kan u vertellen over de verschillende mogelijkheden die de zorg u kan bieden. Het bespreken van wensen rond zorg en behandeling en het vastleggen daarvan, wordt ook wel proactieve zorgplanning genoemd (of in het Engels: advance care planning (ACP)). U bepaalt hierbij wat voor u belangrijk is. U houdt 'de regie'.



Het gesprek kan bijvoorbeeld gaan over:

- o Hoe u in uw leven leeft en hebt geleefd
- o Hoe u denkt over de tijd die komen gaat
- o Wie er om u heen zijn, uw naasten en anderen, wie er belangrijk voor u zijn
- o Hoe u zich voelt bij de zorg die u nu krijgt en wat als dat in de toekomst verandert
- o Hoe u zich lichamelijk voelt, maar ook hoe u zich voelt in gedachten
- o Hoe u denkt over het levenseinde, de periode van afscheid nemen en het sterven
- o Waar u op hoopt, waar u troost vindt, wat zorgt voor een mooie dag
- o Of u weet waar u zou willen overlijden
- o Wat u wilt als uw gezondheid plots verandert of als er een acute situatie optreedt
- o Wie beslissingen voor u mag nemen als u dat zelf niet (meer) kunt
- o Uw wensen voor een uitvaart
- o Uw wensen voor uw naasten, die na uw overlijden verder gaan met leven
- o Welke onzekerheden en vragen u hebt

Wat is het proactief zorgplan?

Na het gesprek wordt een proactief zorgplan geschreven. Daarin staat wat u hebt verteld, welke afspraken zijn gemaakt en wat in de zorg kan worden gedaan in de periode die komen gaat. Het gaat over het 'nu' en het kijkt vooruit naar het 'dan' en het 'wat als'. Voor de zorgverleners is het een overzichtelijk document. Als u niet wilt dat bepaalde informatie in het zorgplan wordt opgeschreven, kunt u dat aangeven. Wel is het zo, dat als er belangrijke informatie niet in het zorgplan staat, het moeilijker kan zijn rekening te houden met wat voor u belangrijk is.

Pagina 1 van 2

Waarom een proactief zorgplan?

Het is bedoeld om ervoor te zorgen dat al uw zorgverleners (huisarts, thuiszorg, ziekenhuis, vervangers en invallers) weten wat uw ideeën en wensen rondom uw ziekte zijn. Alles staat in een overzichtelijk en compleet document. Op die manier kunnen zij (gezamenlijk en in overleg) beter inspelen op uw wensen.

Waar bewaart u het proactief zorgplan?

Om te zorgen dat de zorg die u krijgt, past bij dat wat u wel of juist niet wilt, is het belangrijk dat het proactief zorgplan altijd bij u aanwezig is, waar u ook bent.

Thuis kan het worden bewaard in de thuiszorgmap of 'mijn zorgmap', die u kunt krijgen van uw zorgverlener. U kunt het zorgplan natuurlijk ook op een andere plaats bewaren. Als het maar duidelijk zichtbaar en vindbaar is voor uw naasten en zorgverleners, ook in een acute situatie.



Neem het plan mee

Als u naar de huisarts gaat of naar het ziekenhuis voor opname, voor een afspraak of (kortdurende) ingreep of behandeling, is het belangrijk dat u het zorgplan meeneemt voor een overzicht van de meest recente informatie.

Van wie en voor wie is het proactief zorgplan?

Het zorgplan gaat over u. Het wordt ingevuld door uw zorgverleners, na een gesprek met u. Het document is er voor u en is ook bedoeld voor de zorgverleners die bij u betrokken zijn. U beslist zelf wie het zorgplan mag lezen, dat mag alleen met uw toestemming. Dit geldt voor zowel de zorgverleners als voor de andere mensen om u heen. Het is belangrijk dat het zorgplan, en dan vooral de afspraken die zijn opgeschreven over uw behandelwensen en/of behandelbeperkingen, altijd wordt gedeeld met uw (huis)arts.

U kunt uiteraard zelf ook in het plan schrijven. Dan is het wel goed dat de zorgverleners dit weten en het kunnen lezen. Als het plan onduidelijk wordt van de veranderingen of door wat erbij geschreven wordt, kan een zorgverlener het zorgplan herschrijven.

'Dynamisch' zorgplan

Als er een verandering in uw situatie is (bijvoorbeeld omdat u een nieuwe klacht krijgt) of als u anders over beslissingen of afspraken bent gaan denken (bijvoorbeeld omdat u eerder heeft gezegd bij zieker worden nog naar het ziekenhuis te willen, maar op een later moment dit niet meer te willen), kan uw zorgverlener deze informatie aanpassen in het proactief zorgplan. Dynamisch betekent namelijk dat het meebeweegt in de tijd. Wat vandaag belangrijk is, kan morgen of later veranderen.

Misschien verzamelt u zo een aantal plannen die een overzicht geven van de periode waarin het zorgplan actief is. Voor de zorgverleners is het dan extra belangrijk dat er goed op staat welk plan het nieuwste is. Hierbij kan uw zorgverlener u helpen.

Mocht u vragen hebben over het proactief zorgplan, bespreek dit dan met de zorgverlener die het plan voor u heeft opgesteld.

Met vriendelijke groet en tot ziens,

(naam en functie persoon die het gesprek heeft gevoerd en het proactief zorgplan heeft opgesteld)

Graag het logo invoeren van degene die het 1^e gesprek heeft gevoerd



Gegevens aanhef

Plaats, datum

Onderwerp: **Uw proactief zorgplan**

Geachte...

Op hebben wij een gesprek gehad over uw leven, het levenseinde en de wensen en ideeën die u daarbij hebt. Naar aanleiding hiervan is er een proactief zorgplan geschreven. Hierbij ontvangt u het proactief zorgplan.

Het proactief zorgplan

In dit plan staat wat we hebben besproken, welke afspraken zijn gemaakt en wat in de zorg kan worden gedaan in de periode die komen gaat. Het gaat over het 'nu' en het kijkt vooruit naar het 'dan' en het 'wat als'. Voor de zorgverleners is het een overzichtelijk document. Als u niet wilt dat bepaalde informatie in het zorgplan wordt opgeschreven, kunt u dat aangeven. Wel is het zo, dat als er belangrijke informatie niet in het zorgplan staat, het moeilijker kan zijn rekening te houden met wat voor u belangrijk is.



Waarom een proactief zorgplan?

Het is bedoeld om ervoor te zorgen dat al uw zorgverleners (huisarts, thuiszorg, ziekenhuis, vervangers en invallers) weten wat uw ideeën en wensen rondom uw ziekte zijn. Alles staat in een overzichtelijk en compleet document. Op die manier kunnen zij (gezamenlijk en in overleg) beter inspelen op uw wensen.

Waar bewaart u het proactief zorgplan?

Om te zorgen dat de zorg die u krijgt, past bij dat wat u wel of juist niet wilt, is het belangrijk dat het proactief zorgplan altijd bij u aanwezig is, waar u ook bent. Thuis kan het worden bewaard in de thuiszorgmap of *Mijn Zorgmap*, die u kunt krijgen van uw zorgverlener. U kunt het zorgplan natuurlijk ook op een andere plaats bewaren. Als het maar duidelijk zichtbaar en vindbaar is voor uw naasten en zorgverleners, ook in een acute situatie.



Neem het plan mee

Als u naar de huisarts gaat of naar het ziekenhuis voor opname, voor een afspraak of (kortdurende) ingreep of behandeling, is het belangrijk dat u het zorgplan meeneemt voor een overzicht van de meest recente informatie.

Van wie en voor wie is het proactief zorgplan?

Het zorgplan gaat over u. Het wordt ingevuld door uw zorgverleners, na een gesprek met u. Het document is er voor u en is ook bedoeld voor de zorgverleners die bij u betrokken zijn. U beslist zelf wie het zorgplan mag lezen, dat mag alleen met uw toestemming. Dit geldt voor zowel de zorgverleners als voor de andere mensen om u heen. Het is belangrijk dat het zorgplan, en dan vooral de afspraken die zijn opgeschreven over uw behandelwensen en/of behandelbeperkingen, altijd wordt gedeeld met uw (huis)arts.

U kunt uiteraard zelf ook in het plan schrijven. Dan is het wel goed dat de zorgverleners dit weten en het kunnen lezen. Als het plan onduidelijk wordt van de veranderingen of door wat erbij geschreven wordt, kan een zorgverlener het zorgplan verversen

'Dynamisch' zorgplan

Als er een verandering in uw situatie is (bijvoorbeeld omdat u een nieuwe klacht krijgt) of als u anders over beslissingen of afspraken bent gaan denken (bijvoorbeeld omdat u eerder heeft gezegd bij zieker worden nog naar het ziekenhuis te willen, maar op een later moment dit niet meer te willen), kan uw zorgverlener deze informatie aanpassen in het proactief zorgplan. Dynamisch betekent namelijk dat het meebeweegt in de tijd. Wat vandaag belangrijk is, kan morgen of later veranderen.

Misschien verzamelt u zo een aantal plannen die een overzicht geven van de periode waarin het zorgplan actief is. Voor de zorgverleners is het dan extra belangrijk dat er goed op staat welk plan het nieuwste is. Hierbij kan uw zorgverlener u helpen.

Als u vragen hebt over het proactief zorgplan kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

(naam en functie persoon die het gesprek heeft gevoerd en het proactief zorgplan heeft opgesteld)

Bijlage 2

Informatie over

Wilsverklaring en wilsbeschikking

Een notaris is niet nodig bij het opstellen van een wilsverklaring of wilsbeschikking, maar er zijn wel regels waaraan moet worden voldaan. Als er aan deze regels niet voldaan wordt, dan is het document niet rechtsgeldig.

Het document moet voorzien zijn van een datum, een voor- en achternaam en een handtekening. Het is aan te raden dit gezamenlijk te doen met een naaste, zodat diegene het document kan controleren, voordat het wordt ondertekend.

Ook is het handig een naaste te laten ondertekenen, zodat diegene ervoor kan zorgen dat de wilsbeschikking daadwerkelijk wordt nageleefd in geval van overlijden.

Belangrijk bij een wilsverklaring is dat deze gedeeld wordt met de huisarts en de medisch specialist (in geval van wensen en afspraken omtrent behandelingen, behandelbeperkingen, niet reanimeren en euthanasieverklaring) en bij voorkeur elk half jaar in gezamenlijkheid voorzien wordt van een nieuwe ondertekening. Zo weet iedereen dat wat beschreven is, nog steeds de wens van de patiënt is.

Wilsbeschikking

Het beschrijven van uitvaartwensen en de verdeling van bepaalde bezittingen na overlijden. Het is geen testament en daarom zijn er geen geldzaken of onroerende goed zaken in vermeld. In een wilsbeschikking worden wensen beschreven op het gebied van spullen met emotionele waarde zoals sieraden en kleding.

Levenstestament

Een levenstestament heeft overlap met de wilsverklaring en de wilsbeschikking. Het levenstestament wordt door de notaris vastgelegd en dient betaald te worden. In een levenstestament kunnen machtigingen en volmachten worden opgenomen, zodat de genoemde personen kunnen handelen en beslissen op het financiële vlak.

In een levenstestament wordt vastgelegd wie financiële, medische en persoonlijke zaken zal regelen als de patiënt dit zelf niet meer kan tijdens het leven. En op welke manier die persoon

dat zal doen. Het voordeel van zo'n levenstestament is dat banken de genoemde persoon erkennen. Het levenstestament gaat over de periode van het leven. Niet over wat er met bezittingen moet gebeuren na overlijden. Dat wordt geregeld in een testament.

Orgaan en/of weefseldonatie

Sinds 1 juli 2020 is de nieuwe donorwet in Nederland ingegaan. Iedereen vanaf 18 jaar, die ingeschreven is in een Nederlandse gemeente, staat in het Donorregister. In het Donorregister staat de keuze voor het wel of niet doneren van organen en weefsels na overlijden. De (huis)arts kan dit register raadplegen. Dat is in de wet Actieve Donor Registratie (ADR) geregeld (Rijksoverheid.nl, 2022).

Wanneer de patiënt de wens heeft orgaan en/of weefsel donor te zijn, is het belangrijk dat dit besproken wordt met de (huis)arts. Die kan zeggen of donatie mogelijk is volgens de voorwaarden en wat een donatie betekent voor de zorg in de stervensfase en daarna.

Lichaamsdonatie, lichaam na overlijden ter beschikking stellen van de wetenschap

Voor een lichaamsdonatie moet iemand zich registreren bij één van de acht Nederlandse anatomische instituten die verbonden zijn aan een Universitair Medisch Centrum. In Nederland zijn

deze te vinden in Amsterdam (2), Leiden, Groningen, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. De procedure verschilt per instituut.

Voor de drie Noordelijke provincies kan er gekozen worden voor een registratie bij het UMCG. Op <https://bscs.umcg.nl/nl/deelname/lichaamsdonatie/> is hierover actuele en betrouwbare informatie te vinden, onder andere over de verplichte wilsbeschikking en bevestiging van inschrijving, de procedure na overlijden en onder welke voorwaarden een lichaamsdonatie plaats kan vinden.

Bijlage 3

Karnofsky-score

Bij het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is een gids verschenen, 'meetinstrumenten in de palliatieve zorg' (IKNL, 2018), waarin een selectie van meetinstrumenten is opgenomen. Hierbij is de volgende definitie gebruikt:

“Meetinstrumenten in de palliatieve zorg zijn gestructureerd vormgegeven hulpmiddelen, gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, die zowel de patiënt als de zorgverlener helpen inzicht te vergroten in de problematiek van de patiënt en/of diens naasten, ter ondersteuning van de besluitvorming rond de inzet van interventies (dan wel het nalaten daarvan) en de evaluatie van uitkomsten.”

In deze gids staan drie gevalideerde meetinstrumenten die betrekking hebben op het monitoren van de functionele status van de palliatieve patiënt. Deze zijn de Palliative Performance Scale (PPS), de Karnofsky Performance Scale (KPS) en de Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG). De ECOG is ook wel bekend als de World Health Organisation Score (WHO-Score).

De PPS is een aanpassing van de KPS, specifiek bedoeld voor de palliatieve zorg. In het dagelijkse werk wordt vooral de originele KPS, in combinatie met de ECOG gebruikt door (huis)artsen. Voor het invullen van het proactief zorgplan is daarom gekozen om de KPS te gebruiken.

Op een schaal van 0 tot 100 wordt procentueel aangegeven hoe een patiënt functioneert. Hierbij staat 100 voor totaal geen beperkingen en 0 voor overleden. Het is een subjectieve meting om de algemene toestand van de patiënt te beoordelen. Het monitoren van de KPS kan helpen om (medische) beslissingen te nemen over behandelingen en kan inzicht geven over de (te verwachte) zorgbehoefte.

Karnofsky Performance Scale (KPS)

100%	Normaal, geen klachten of tekenen van ziekte
90%	In staat om normale activiteiten uit te voeren; kleine tekenen en symptomen van ziekte
80%	In staat om met inspanning normale activiteiten uit te voeren; enkele tekenen en symptomen van ziekte, volledig ambulante
70%	In staat voor zichzelf te zorgen, niet in staat om normale activiteiten uit te voeren of actief werk te doen, minder dan 50% bedlegerig
60%	Heeft af en toe hulp nodig, maar is in staat grotendeels voor zichzelf te zorgen, minder dan 50% bedlegerig
50%	Vereist aanzienlijke hulp en frequente medische zorg, meer dan 50% bedlegerig
40%	Vereist speciale zorg en hulp; grotendeels bedlegerig, meer dan 50% bedlegerig
30%	Ziekenhuisopname geïndiceerd, hoewel de dood niet op handen is; 100% bedlegerig en zorgafhankelijk, ernstig beperkt
20%	Ziekenhuisopname noodzakelijk; 100% bedlegerig, actieve ondersteunende behandeling vereist, ernstig ziek
10%	Fatale processen vorderen snel; stervende
0%	Overleden

ECOG

- 0 = Normale activiteit
- 1 = Symptomatisch, maar ambulante, in staat lichte werkzaamheden uit te voeren.
- 2 = Meer dan 50% van de tijd overdag ambulante, kan voor zichzelf zorgen. Niet in staat te werken.
- 3 = Meer dan 50% van de tijd overdag in bed of stoel, kan beperkt voor zichzelf zorgen.
- 4 = Volledig ziek, kan niet voor zichzelf zorgen. Volledig bedlegerig of zit gehele dag in stoel.

Bron:
IKNL. (2018). *Meetinstrumenten in de palliatieve zorg*. (pp17-18).

Bijlage 4

ZelfredzaamheidsRadar

De ZelfredzaamheidsRadar is een breed gebruikt instrument om de zelfredzaamheid van je cliënt in kaart te brengen en samen te bedenken hoe je die kunt verbeteren, met en zonder hulpmiddelen of slimme technologie.

De ZelfredzaamheidsRadar bestaat uit 15 domeinen (continentie, aankleden, mobiliteit, leervermogen, etc.) die je een cijfer (tussen 1 en 5) kunt geven. Als de cliënt op een bepaald domein lager scoort ga je zoeken naar verbeteringen. Kijk op: <https://www.zelfredzaamheidsradar.nl/>



Bijlage 5

Veel gestelde vragen

Moet ik alles zelf invullen?

Nee, datgene wat jij hebt besproken en waar relevante informatie uit voortkomt beschrijf je. Dat kan en mag alles zijn, op het voorblad, binnen alle domeinen en bij de extra informatie. Delen waar jij geen informatie over hebt vul je niet in, dat kan een ander dan doen die dat deel bespreekt.

Wie doet wat?

Iedere betrokken zorgverlener kan zijn/haar aandeel beschrijven. Voorbeelden:

1. Informatieverstrekking over palliatieve sedatie kan een zorgverlener als zodanig beschrijven, evenals hoe de patiënt erover denkt. Een definitieve afspraak kan door de arts/behandelaar worden beschreven.
2. Informatie over behandelbeperkingen kan een zorgverlener bespreken, hoe de patiënt erover denkt ook. De daadwerkelijke afspraak wordt door de arts/behandelaar vastgelegd.

Wat mag ik wel en niet invullen?

Wanneer jij vindt dat een uitspraak van een patiënt tot een afspraak hoort te leiden waarover jij vindt dat je niet mag of kunt beslissen, beschrijf je wat de patiënt vertelt, wat diegene wenst en informeer je arts/behandelaar die daar een afspraak over mag/moet maken om dit gedetailleerd te beschrijven en te bekrachtigen

Ik heb een eigen plan, mag ik dat ook gebruiken?

Dit kan toegevoegd worden aan de palliatieve zorg map of *Mijn Zorgmap*. Indien dat plan niet over dezelfde inhoud beschikt als het transmurale plan heeft het de voorkeur het transmurale plan te gebruiken of daarin specifiek te verwijzen naar het toegevoegde eigen plan. Zolang het maar duidelijk is waar welke informatie te vinden is.

Wat gebeurt er als ik het niet invul?

Dan gaat waardevolle informatie die jij hebt besproken en opgedaan in het gesprek verloren. Dat kan consequenties hebben voor de patiënt en de zorgverlening. Gesprekken kunnen dubbel gevoerd worden, de patiënt overvoerd met vragen en informatie of afspraken worden niet nagekomen.

Wat als de patiënt niet wil dat het wordt ingevuld?

Leg het belang van vastlegging uit en indien de patiënt het echt niet wenst, leg het dan niet vast. Het document is ter ondersteuning van de zorg voor de patiënt maar blijft zijn/haar eigendom en onder diens eigen regie.

Moet ik alles dubbel doen?

Nee, het is juist de bedoeling dat er minder dubbelingen ontstaan doordat er vastgelegd wordt wat er al besproken en afgesproken is. Op vraag van de patiënt kan informatie uiteraard herhaald worden en indien situaties of wensen en afspraken veranderen moet dit opnieuw vastgelegd worden.

Waarom is het zo uitgebreid?

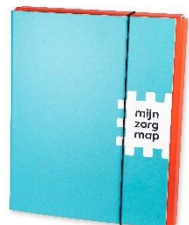
Het is zo uitgebreid omdat er binnen alle domeinen zorgvragen kunnen bestaan die niet zichtraar worden zolang deze niet getoetst of beschreven worden. Het is daarnaast overzichtelijk dat alle aspecten, wensen en afspraken in een document gebundeld worden in plaats van meerdere documenten.

Heb ik als huisarts één overzicht?

Ja, het plan heeft een duidelijke verdeling van kopjes, zo is ieder aspect makkelijk en snel terug te vinden en inzichtelijk.

Is er een zichtbaar mapje voor het plan?

Ja, er is een herkenbare *Mijn Zorgmap* die je via de netwerken palliatieve zorg kunt bestellen.



Moet het plan bij elke verandering worden vernieuwd?


Indien bijschrijven te onoverzichtelijk wordt of wanneer er grote veranderingen optreden is het raadzaam het plan te herschrijven. Organisaties of samenwerkingspartners kunnen daar onderling afspraken over maken.

Wie heeft de eindcoördinatie van het plan?

Organisaties of samenwerkingspartners kunnen daar onderling afspraken over maken. De eindcoördinatie kan bijvoorbeeld liggen bij de huisarts, de wijkverpleegkundige, een eerstverantwoordelijke verpleegkundige of andere zorgverlener. De patiënt zelf is eigenaar van het plan en kan hierin ook een beslissing nemen.

Bijlage 6

Proactief transmuraal zorgplan




Afspraken en Wensen

Bij problemen opnieuw verwijzen/heropname ziekenhuis?

Reanimatiebeleid en behandelbeperkingen:
 Registratiedatum:
 Reanimeren:
 Naar hartbewaking:
 Naar intensive care:
 Beademen:
 Opereren:
 Bloedproducten:
 Antibiotica intraveneus:
 Kunstmatig voeden:
 Dit beleid is met de patiënt besproken.

Wilsverklaring:
Medicatiebijzonderheden, overgevoeligheden en allergieën:
Informatieverstrekking en wensen ten aanzien van:
 Euthanasie:
 Euthanasieverklaring:
 Palliatieve sedatie:
 ICD uitzetten/pacemakerwerking:
 Bewust stoppen met eten en drinken:

Overige:
 Voorkeursplaats van overlijden:
 Specifieke wensen:



Basisgegevens

Naam:

Adres:

Geboorte datum:

BSN:

Telefoonnummer:

Verzekering en verzekeringsnummer:

Contactpersoon
 Naam:
 Adres:
 Relatie tot patiënt:
 Telefoonnummer:

Diagnose:

Relevante voorgeschiedenis:

Levensverwachting:

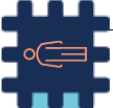

Naam en functie hoofdbehandelaar:



Startdatum:



Ingevuld door:

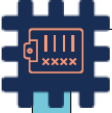
Functie:

Wettelijke vertegenwoordiger
 Naam:
 Adres:
 Relatie tot patiënt:
 Telefoonnummer:


Lichamelijk domein
Huidige situatie:
Beleid:
Proactief:

Zorgverlening/ADL
Huidige situatie (invullen indien de informatie bekend is): Karnofsky score:
Zelfredzaamheidsradar:
ADL afhankelijk (waarin)/ADL onafhankelijk:
Verblijfplaats:
Contact met de huisarts:
Mantelzorg:
Thuiszorg:
Beleid:
Proactief:


Sociaal/financieel domein
Huidige situatie:
Beleid:
Proactief:

Psychisch domein
Situatie: Cognitief:
Emotioneel:
Beleid:
Proactief:

 Zingeving/existentieel domein	
Huidige situatie:	
Beleid:	
Proactief:	
 Medicatiegegevens	
Actieve medicatie: beschrijf, en/of voeg de medicatielijst toe.	
Zelfmedicatie/homeopathie/drogist:	
Medicatie bijzonderheden en wijzigingen Ervaringen met medicatie, ongewenste effecten/onvoldoende effect. Hierbij gaat het ook om medicatie waarmee de cliënt goede ervaringen heeft gehad.	

 Overige informatie	
Overige informatie:	
Meegegeven folders:	



Belangrijke telefoonnummers

Functie	Naam	Telefoonnummer
Huisarts	Nummer praktijk:
Bereikbaarheid en beschikbaarheid eigen huisarts buiten praktijken:	<input type="checkbox"/> ik draag deze zorg volledig over aan huisartsenpost <input type="checkbox"/> ik draag deze zorg over aan huisartsenpost en ben overdag/'s avonds/'s nachts bereikbaar voor overleg op mijn directe telefoonnummer <input type="checkbox"/> ik draag de zorg gedeeltematig over aan de huisartsenpost, ik ben bereikbaar voor overleg op mijn directe telefoonnummer en waar nodig beschikbaar om zelf visites te doen <input type="checkbox"/> ik doe de zorg in principe zelf, de patiënt heeft mijn directe nummer, als een patiënt de huisartsenpost belt wordt altijd contact met mij opgenomen en neem ik zelf contact op met de patiënt of kom direct in actie <input type="checkbox"/> anders namelijk:	Directe nummer: <input type="checkbox"/> alleen voor zorgprofessionals <input type="checkbox"/> ook voor patiënt
Dokterswacht Friesland		0900 - 1127112
Doktersdienst Groningen		0900 - 9229
Centrale huisartsendiensten Drenthe		0900 - 1120112
Thuiszorg		
Apotheek		
Palliatief Team		
Thuiszorg/Zorginstelling		

Medisch specialist (+functie)		
Palliatief Advies Team Ziekenhuis Nij Smellinghe		0512-588496
Palliatief Consultatie Team Friesland (PCTF)	N.B. alleen te consulteren voor zorgverleners; 24/7 bereikbaar	088 - 6051444
Overig Smelnehaven hospice en thuisondersteuning Sichtpunt	Naam	Telefoonnummer 0512 - 54 22 27 06 - 29 35 55 78



Overzicht gesprekken proactieve zorgplanning

Datum	Gesprek gehad met	Functie
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

De patiënt is geïnformeerd over de eigen verantwoordelijkheid om deze behandelwensen en afspraken met naasten te bespreken.

De patiënt is akkoord met het delen van deze behandelwensen en afspraken met andere betrokken zorgverleners.

