

Inleiding

Door de vergrijzing en de toename van chronische ziekten staan steeds meer mensen voor complexe zorg- en behandelkeuzes. Proactieve zorgplanning speelt hierin een belangrijke rol. Er wordt op tijd met patiënten in gesprek gegaan over hun wensen voor toekomstige zorg, vooral wanneer zij zelf niet meer kunnen beslissen. Waar dit gesprek vroeger vaak pas plaatsvond in crisissituaties, benadrukt proactieve zorgplanning het belang van vroegtijdige en persoonlijke communicatie. Deze ontwikkeling sluit aan bij de beweging waarbij patiënten meer regie hebben over hun eigen zorgproces.

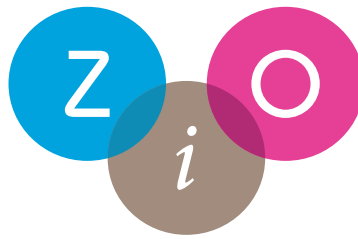
1. Opzet

Proactieve zorgplanning vormt het proces waarbij de patiënt de wensen, doelen en voorkeuren rondom levenseinde van zichzelf in kaart brengt. Dit proces kan uit meerdere gesprekken met de huisarts worden ondersteund en wordt regelmatig herzien.¹ De behandelwensen worden vastgelegd in een wilsverklaring, die bekend is bij de betrokken behandelaren/zorgverleners van de patiënt.

2. Opbrengst voor patiënt en praktijk

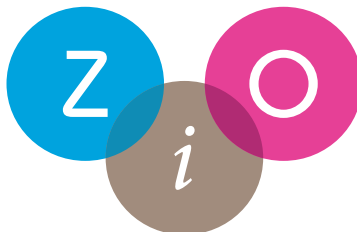
Korte termijn opbrengst	Lange termijn opbrengst
• <i>Betere afstemming van zorg op patiëntwensen</i> Minder medische handelingen die achteraf ongewenst blijken. Daarnaast worden zorgvoorkeuren duidelijk, waardoor besluitvorming eenvoudiger wordt. • <i>Vermindering van crisiszorg en spoedinterventies</i> Minder onverwachte ziekenhuisopnames of acute zorgvragen. Betere planning rondom het levenseinde, wat rust geeft voor zowel patiënt, familie als arts.	• <i>Duurzamere en doelmatiger zorg</i> Minder medisch niet-gepaste behandelingen en meer passende inzet van middelen <i>Betere samenwerking in de eerste lijn</i> Duidelijke afspraken met ketenpartners leiden tot efficiëntere samenwerking en zorgt voor betere regierol binnen het palliatieve zorgteam • <i>Het vergroten van de eigen regie van de kwetsbare (oudere) patiënt</i>

¹ Ott, B., Van Thiel, G. J., De Ruiter, C. M., & Van Delden, H. J. (2015, 28 januari). Kwetsbare ouderen en advance care planning. NTVG. <https://www.ntvg.nl/artikelen/kwetsbare-ouderen-en-advance-care-planning>



3. Stappenplan volgens PDCA-methodiek

Fase	Kernactiviteit	Wie
Plan	<i>Vorbereiding van het gesprek</i> • <u>Netwerksamenwerking opstarten rondom proactieve zorgplanning</u> Netwerken met de kaderhuisarts ouderenzorg en specialist ouderengeneeskunde bevordert vroegtijdige signalering en betere afstemming in proactieve zorgplanning • <u>Voorlichtingsmateriaal kiezen en informatiekkanalen benutten</u> Maak een keuze uit bestaande voorlichtingsmaterialen die jullie als huisartsenpraktijk willen gebruiken om kennis en bewustwording over proactieve zorgplanning bij patiënten en naasten te vergroten. Maak daarnaast meldingen van de activiteiten rondom proactieve zorgplanning bekend via informatiekkanalen zoals de wachtkamer, praktijkfolder en/of de praktijkwebsite. • <u>Betrek het MDO</u> Bespreek binnen het MDO (met huisarts, POH, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, casemanager dementie, maatschappelijk werker etc.) welke patiënten in aanmerking komen voor Proactieve zorgplanning. • <u>Met en door wie</u> Bespreek binnen je netwerk en tijdens het MDO wie er bij de betreffende oudere betrokken is en een rol zou kunnen en willen spelen in de gesprekken. Maak hierbij een samenwerkingsplan waarin de rollen en taken vastgelegd zijn. Informeer bij de oudere of deze openstaat voor proactieve zorgplanningsgesprekken en met wie de oudere deze gesprekken zou willen voeren. Biedt informatiemateriaal aan ter voorbereiding op de gesprekken. Mocht de oudere op dat moment (nog) geen gesprekken willen voeren, vraag of de oudere wel informatiemateriaal zou willen ontvangen en of je op een later tijdstip opnieuw contact mag opnemen hierover. • <u>Bewustwording</u> Het nadenken en praten over toekomstige zorg- en behandelwensen is niet voor alle ouderen en naasten vanzelfsprekend. Met behulp van informatiematerialen kun je ouderen 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.	Huisarts/ POH-S of ouderenzorg, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, casemanager dementie (het signaleren van kwetsbare patiënten kan ook door andere zorgverleners)*
Do	• <u>Gespreksvoering</u> ○ Maak waar nodig gebruik van bestaande formulieren en ondersteunende vragen als onderlegger voor de gesprekken. Deze formulieren en vragen zijn te vinden bij ondersteuning. ○ <i>Toonzetting</i>: 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	Huisarts/ POH-S of ouderenzorg

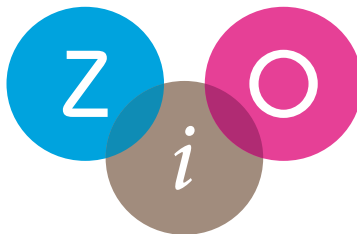


	‘levenseinde’ te vermijden, aangezien dit voor patiënten bedreigend kan klinken. ○ Houd rekening met maatwerk bij specifieke doelgroepen (niet-westerse migranten, culturele verschillen, lage gezondheidsvaardigheden, of dementie). • <u>Vastlegging van de uitkomsten</u> Leg de uitkomsten van de gesprekken over proactieve zorgplanning vast in het HIS onder de episode A20. Zorg dat evt. formulieren zoals NR-wilsverklaring ook worden gekoppeld aan de episode en dat ze in te zien zijn voor de HAP.	
Check	• <u>Herhaalgereprekken met de patiënt</u> Wanneer de gesprekken rondom proactieve zorgplanning hebben plaatsgevonden is het van belang dat deze regelmatig herhaald worden om te checken of de patiënt nog steeds achter zijn/haar keuze staat met betrekking tot bepaalde keuzes en voorkeuren rondom levenseinde. • <u>Nieuwe patiënten</u> Check regelmatig (bijvoorbeeld (half-)jaarlijks) het HIS of nieuwe patiënten in aanmerking om het gesprek mee aan te gaan omtrent levenseinde. Volg hierbij de voorgaande stappen.	Huisarts/ POH-S of ouderenzorg
Act	Vul zo nodig het HIS aan van de patiënt na veranderingen in bepaalde keuzes of voorkeuren.	Huisarts/ POH-S of ouderenzorg

*Denk hierbij aan zorgverleners zoals de casemanager dementie, wijkverpleegkundige of de fysiotherapeut.

4. Ondersteuning en informatie

- Een keuzehulp voor de patiënt: <https://www.thuisarts.nl/keuzehulpen/verken-uw-wensen-voor-zorg-en-behandeling>
- Format voor het uniform vastleggen van proactieve zorgplanning
- KNMG handreiking “Tijdig spreken over het levenseinde”
- Toolkit ACP van het NHG Palliatieve zorg - NHG
- De “11 spelregels voor praten over het einde”
- Patiënten verwijzen naar [thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) om zich voor te bereiden op een gesprek met de huisarts en alvast vragen voor zichzelf beantwoorden
- Leidraad-proactieve-zorgplanning en Gesprekskaart van Palliaweb
- Transformatieplan palliatieve zorg
- ZIO
 - Inzet kaderhuisarts palliatieve zorg (Yvo Kesler)
 - Regionaal netwerk van palliatieve zorg in Maastricht-Heuvelland
- Aansluiten bij een PatZ-groep
- De regionale folder ACP: Regionale folder ACP



5. Monitoring

Monitoring binnen de module Ouderenzorg is essentieel om inzicht te krijgen in de voortgang en kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen. Het doel is om tijdig knelpunten te signaleren, goede voorbeelden te delen en ondersteuning te bieden waar nodig. De monitoring vindt plaats op twee manieren:

1. HIS

Voor de inventarisatie en de monitoring van de ouderenzorg is het van belang dat u (kwetsbare) ouderen op de volgende manier registreert in uw HIS:

- Zodra er een behandelwensen gesprek is gevoerd met de (kwetsbare) oudere, maak dan de episode **Proactieve zorgplanning (ICPC A20)** aan. Koppel de SOEP-verslagen en ook eventuele schriftelijke wilsverklaringen van de oudere aan deze episode. Zo behoud je overzicht over het hele proces van proactieve zorgplanning.

Twee keer per jaar zullen we u verzoeken om een uitdraai van uw HIS inclusief bovenstaande episoden aan te leveren.

2. Praktijkbezoek

Naast de HIS-gegevens organiseert ZIO praktijkbezoeken om in gesprek te gaan met de praktijken (onderdeel van de gebruikelijke praktijkbezoeken). Tijdens deze gesprekken bespreken we:

- **Voortgang en stand van zaken:** Wat gaat goed? Waar liggen uitdagingen?
- **Ondersteuningsbehoefte:** Waarin kan ZIO ondersteunen?
- **Samenwerking:** Hoe verloopt de samenwerking met andere ketenpartners?

Praktijkbezoeken vinden minimaal **één keer per jaar** plaats, aanvullend op de HIS-monitoring. Na elk bezoek wordt een terugkoppeling gedeeld met de praktijk en meegenomen in de regionale rapportage.

6. Financiering

VGZ vergoedt ACP-gesprekken via een apart **addendum** direct aan huisartsen. CZ vergoedt ACP niet op deze manier, maar volgt de VGZ-afspraken wel, mits er geen contract tussen de huisartsenpraktijk en CZ is.

Wat betekent dit in de praktijk?

- *Praktijken met alleen een contract met VGZ:* ACP wordt naar verwachting voor alle verzekerden (ook CZ) vergoed volgens de VGZ-afspraken, omdat CZ in dat geval de VGZ-afspraken volgt.
- *Praktijken met zowel een contract met VGZ als CZ:* in dit geval volgt CZ de VGZ-afspraken niet. Voor CZ-verzekerden geldt dan géén ACP-vergoeding; ACP kan daar alleen als *dubbel consult* gedeclareerd worden.