



Eindverslag

van het implementatieproject



veerkrachtig
samen
beslissen.

met kwetsbare ouderen
2022-2023

Projectteam 2022-2023

Loes van Bokhoven
Marieke Perry
Marja Veenstra
Anneke van Dijk
Heike Gerger
Sara Chardon
Noémi van Nie
Esther Heine
Inge Jochem

april 2024



Inhoud

1)	Over het project.....	3
a)	Samenwerkingspartners	3
b)	Wat kun je hier vinden?	4
	Samenvattend filmpje & beschikbaarheid materialen	4
2)	Voor jou, de burger.....	5
a)	Onderzoek naar verschillende type burgers.....	5
b)	Burgers bewust maken	6
c)	Voor jou, de naaste	9
d)	Voor jou, de vrijwilliger	9
	Alle links voor burgers, naasten en vrijwilligers op een rijtje	10
3)	Voor zorgprofessionals	11
a)	Verschillende burgers, verschillende behoeftes	11
b)	Interprofessionele focusgroepen.....	12
c)	Resultaten	12
d)	Interprofessionele wijktraining – gespreksvaardigheden en werkafspraken	13
	Alle links voor professionals op een rijtje	15
4)	Transmurale gegevensuitwisseling	16
a)	Voor jou, de huisarts.....	19
	Regionale Huisartsenschooling	19
b)	Voor jou, de wijkzorgprofessional	19
	Alle links voor zorgprofessionals op een rijtje	20
	Dankwoord	20
	Referenties	20



Aan de slag met veerkrachtig samen beslissen

1) Over het project

In 2022 en 2023 heeft het project “**Veerkrachtig Samen Beslissen**” met kwetsbare ouderen een impuls gekregen vanuit het gelijknamige project. Er zijn veel partijen betrokken geweest die samen **proactieve zorgplanning** op verschillende niveaus hebben geïmplementeerd. Het Zorginstituut Nederland heeft verschillende projecten over “Samen Beslissen” gesteund in het hele land. Wij hebben ons project in de **Mijnstreek regio en regio Nijmegen** mogen uitvoeren. De twee regio's hebben veel samengewerkt en waardevolle ervaringen uitgewisseld, wat heeft bijgedragen aan de succesvolle implementatie van proactieve zorgplanning

'We' bestaan uit een brede vertegenwoordiging van partners in regio Mijnstreek en regio Nijmegen;

a) Samenwerkingspartners





We hebben ons gericht op vier hoofdthema's:



Burgers bewustmaken van het nut en belang van proactieve zorgplanning



Zorgprofessionals trainen in timing en methodiek van proactieve zorgplanning



Gespreksvaardigheden van professionals verbeteren



Uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners verbeteren

b) Wat kun je hier vinden?

In dit project hebben we ons vooral gericht op de **praktische aspecten** van proactieve zorgplanning vanuit verschillende perspectieven. Verschillende teams hebben aan onderdelen van het project gewerkt. De resultaten van deze inspanningen zijn hier **gebundeld**, waardoor ook jij er gebruik van kunt maken!

Voor elke doelgroep is beschreven wat we hebben gedaan, wat er geïmplementeerd is en wat de tips en tools zijn voor de toekomst. Meerdere onderdelen van dit document kunnen relevant zijn of inzicht geven. Voel je vrij om niet alleen "jouw" onderdeel te lezen.

Samenvattend filmpje & beschikbaarheid materialen

Dit  [filmpje](#) vat in 5 minuten samen wat er tijdens het project is bereikt.

De **resultaten** zijn ook **gebundeld** op onze [website](#). Deze website wordt steeds bijgewerkt. Uiteindelijk wordt dit hét platform voor proactieve zorgplanning en palliatieve zorg met focus op de Mijnstreek regio.

www.zorgwensenvoorlater.nu



2) Voor jou, de burger

Proactieve zorgplanning is het **proces** van in **gesprek** gaan, vooruit **denken, plannen** en het **regelen** van zorg die bij jou past [1]. Het draait om jouw eigen wensen voor de toekomstige zorg. Het is ook deels jouw verantwoordelijkheid. Jij kunt bijvoorbeeld nadenken over je eigen wensen voor de toekomst, deze met iemand bespreken en zelf opschrijven.

Iedereen is anders, daarom hebben we gekeken naar de **verschillen tussen mensen** om passende hulpmiddelen te bieden die jou kunnen helpen. Hoe reageer jij op proactieve zorgplanning? Wat zou jou het beste kunnen helpen in je huidige fase? Hoe moet je nu verder?

a) Onderzoek naar verschillende type burgers

Wij hebben mensen op verschillende plekken en manieren benaderd over proactieve zorgplanning. We hebben individuele gesprekken, groepsgesprekken, gesprekken met naasten gevoerd. Daarnaast hebben we spontane gesprekken gevoerd tijdens activiteiten waar veel oudere mensen aanwezig waren. Wij hebben hen onder andere gevraagd een [vragenlijst van de vijf STEM-profielen](#) van "Sterven op je Eigen Manier" in te vullen, die vooral over iemands houding tegenover het levenseinde gaat.

Wij zien proactieve zorgplanning echter als iets wat al ruim vóór het verwachte levenseinde van toepassing is, dus in het kader van ons onderzoek hebben wij drie persona's (persoonlijkheden) met verschillende houdingen en behoeftes over **proactieve zorgplanning** geïdentificeerd.

Heel kort **samengevat** zijn dat de volgende **type burgers**:



PROACTIEF



VERTROUWEND



ONTWIJKEND

Proactief- Deze persoon begint zelf met proactieve zorgplanningproces en heeft hier waarschijnlijk ook met naasten en/of zorgverleners over gesproken.

Vertrouwend- Deze persoon start proactieve zorgplanning niet uit zichzelf, maar staat wel open voor gesprekken over het onderwerp, vooral met naasten.

Ontwijkend- Deze persoon wil juist niet over proactieve zorgplanning of toekomstig zorgbehoeftes of over het levenseinde praten.

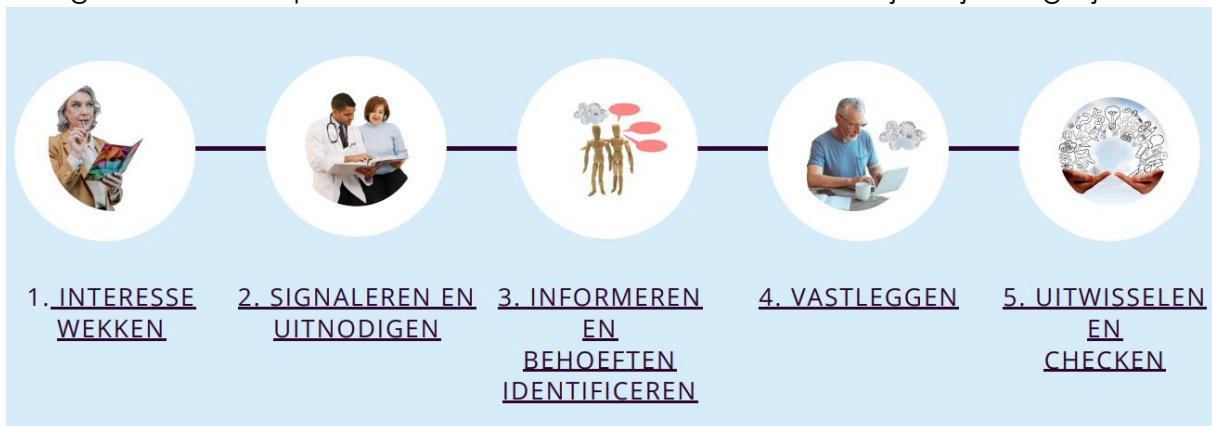
Herken jij jezelf duidelijk in één van deze beschrijvingen?



Zo niet, kun je via deze link [Veerkrachtig samen beslissen \(zorgwensenvoorlater.nu\)](https://www.zorgwensenvoorlater.nu) nog meer lezen over de persona's. Je kunt ook kijken naar de resultaten van de oorspronkelijke [vragenlijst van de 5 STEM-profielen](#). De proactieve persoon blijft in beide gevallen hetzelfde. Een vertrouwend persoon bestaat uit de sociale en vertrouwende STEM-profielen samen. Een ontwijkend persoon komt ongeveer overeen met het rationele, onbevagen en deels vertrouwende STEM-profiel.

Het is vooral handig voor **jouw omgeving** om te weten wat voor type persoon jij bent als het gaat om je (zorg)wensen voor de toekomst. Zo kunnen mensen in jouw omgeving hier rekening mee houden en jou het beste helpen om op een prettige manier ouder te worden.

Je **houding** ten opzichte van proactieve zorgplanning beïnvloedt ook hoe jij de verschillende fasen van het planningsproces doorloopt. Wij hebben geleerd dat het niet altijd in een vaste volgorde gebeurt, maar dat het vaak nodig is om terug te gaan naar vorige stappen en herhaaldelijk te kijken of alles nog hetzelfde is en zo nodig zaken aan te passen. Veranderen van wensen is namelijk altijd mogelijk.

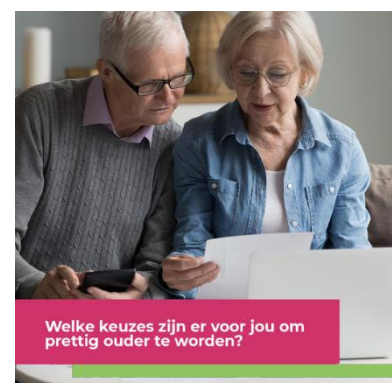
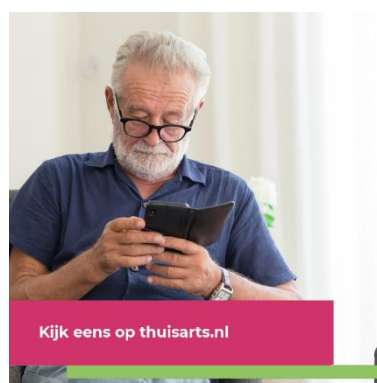


b) Burgers bewust maken

Één van onze doelen was om burgers en hun naasten meer **bewust te maken** over het nut en de noodzaak van proactieve zorgplanning. Om burgers en hun naasten zo veel mogelijk te bereiken, is er vanuit Burgerkracht Limburg een **publieks-campagne** gevoerd.

Door vijf betaalde sociale media posts op Facebook zijn de gewenste doelgroepen bereikt. Elk bericht is door meer dan 10.000 mensen gezien en ruim 300 mensen hebben per keer doorgedrukt op de link!

Onderstaande beelden ondersteunden de campagne.



De link bij de sociale media berichten leiden je naar de **website** van Burgerkracht Limburg, waar je meer kunt lezen over "[een goed gesprek over prettig ouder worden](#)".

Naast sociale media, hebben we ook in de "echte wereld" het onderwerp onder de aandacht gebracht.

We hebben op 5 november 2022 een stand op de **Gezondheidsbeurs in Parkstad** bemand. Ook hebben we meerdere **bijeenkomsten** over proactieve zorgplanning voor burgers in wijken in de Mijnstreek regio en regio Nijmegen georganiseerd.

Er is een draaiboek gemaakt zodat burgers zelf **gespreksbijeenkomsten** kunnen organiseren, bijvoorbeeld via de KBO-afdelingen [Rapportage-Groepsgesprekken Leeratelier-HAN_05122023.pdf](#) ([zorgwensenvoorlater.nu](#)).



Daar was de mogelijkheid om vragen te stellen over proactieve zorgplanning en om met anderen in discussie te gaan over het onderwerp.

Er worden nog steeds **bijeenkomsten** voor burgers georganiseerd in de verschillende regio's. Stuur een email naar eengoedgesprek@burgerkrachtlimburg.nl voor bijeenkomsten in de Mijnstreek regio, zoals de workshop "vitaal ouder worden". En naar netwerk100@netwerk100.nl voor Nijmegen voor de bijeenkomsten en inloopsessies in Nijmegen.

Kijk ook eens op [onze website](#) om te zien welke zorg er nog meer beschikbaar is in de Mijnstreek regio.

Er zijn bovendien verschillende **hulpmiddelen** beschikbaar die kunnen helpen om zelf aan de slag te gaan met toekomstwensen voor zorg en behandeling. Deze staan hieronder samengevat.

- Een manier om in gesprek te gaan met jezelf en jouw naasten over levenswensen en –belangen vind je in onderstaande hulpmiddelen;
 - [Praatstenen](#)
 - [Praatkaarten](#)
 - [Praat op tijd over je levenseinde](#)
 - [Sociale media toolkit](#)
 - [Campagne van Burgerkracht Limburg](#)
- Op welke persona lijk jij het meeste?
- Leg behandelwensen (evt. samen met iemand) vast
 - op thuisarts.nl met een [keuzehulp](#)
 - in een [wensenboekje](#)
 - in een [inventarisatietool](#)
 - in een [behandelpaspoort](#)
- Vraag iemand als geheugensteun
 - Die je begeleidt bij medische afspraken
 - Die je helpt herinneren aan wat eerder besproken is en de redenering voor keuzes, ook op spannende momenten
- Stel een officiële wettelijke vertegenwoordiger aan



- Meld je aan voor burgerbijeenkomsten door te mailen naar eengoedgespruk@burgerkrachtlimburg.nl
- Kijk op [onze website](#) wat de Mijnstreek regio te bieden heeft aan proactieve zorgplanning

c) Voor jou, de naaste

Oudere burgers vinden het vaak moeilijk om uit zichzelf over de toekomst en vooral het levenseinde te praten. Als naaste kun jij een hele belangrijke rol spelen om wel hierover te gaan praten.

Misschien ken jij iemand die wat hulp zou kunnen gebruiken bij proactieve zorgplanning. Wil je weten wat je als naaste kunt betekenen? Iedereen heeft verschillende behoeftes. Je kunt bovenstaande informatie ook gebruiken om in gesprek met een naaste te gaan.

d) Voor jou, de vrijwilliger

Ben jij iemand die zich graag inzet voor de ouderenzorg of proactieve zorgplanning? Ben jij een KBO-leider of lid, een medewerker bij Knooppunt Informele Zorg of een andere vrijwilliger en zoek jij **tools** om het onderwerp proactieve zorgplanning te bespreken?

De door ons ontwikkelde interactieve PDF;



(<https://zorgwensenvoorlater.nu/storage/Veerkrachtig-samen-beslissen-interactieve-pdf-003.pdf>)

met maatwerkbeleid per persona is niet alleen voor zorgprofessionals, maar ook andere hulpverleners die gepaste zorg aan ouderen willen leveren in de komende levensfasen.

Je kunt ook een email sturen naar eengoedgespruk@burgerkrachtlimburg.nl om te informeren naar burgerbijeenkomsten en workshops in de Mijnstreek regio.

Via [deze link](#) kun je ook communicatiemiddelen aanvragen voor "een goed gesprek over prettig ouder worden", zoals posters en flyers.

Voor overige hulpmiddelen; zie; [Zorgwensen voor later | Voor jou, over later.](#)



Alle links voor burgers, naasten en vrijwilligers op een rijtje

-  <https://www.stichtingstem.info/welk-type-ben-jij>
-  <https://zorgwensenvoorlater.nu/voor-jou-voor-later>
-  <https://zorgwensenvoorlater.nu/storage/Veerkrachtig-samen-beslissen-interactieve-pdf-003.pdf>
-  <https://burgerkrachtlimburg.nl/project/een-goed-gesprek-over-prettig-ouder-worden/>



3) Voor zorgprofessionals

Proactieve zorgplanning heeft de laatste jaren steeds meer **belangstelling** gekregen, waardoor projecten zoals deze worden opgezet. Proactieve zorgplanning is een proces, waarbij er van verschillende kanten input moet komen om tot een helder plan te komen voor een individu en waar wenselijk deze weer bij te stellen.

a) Verschillende burgers, verschillende behoeftes

Op basis van onderzoek in de regio Limburg en Nijmegen (2022) onderscheiden we drie **verschillende typen reacties** op het thema 'wensen in de laatste levensfase'. De types zijn in eerste instantie gebaseerd op de vijf profielen van Stichting STEM.

<https://www.stichtingstem.info/welk-type-ben-jij>

Met het oog op communicatie rondom proactieve zorgplanning hebben we deze profielen samengevat in drie typen reacties, ofwel persona's.



PROACTIEF



VERTROUWEND



ONTWIJKEND

We hebben tijdens het onderzoek vooral gesproken met **proactieve ouderen**. We konden maar heel weinig ontwijkende ouderen spreken die wilden deelnemen, maar we schatten echter in dat de groep ontwijkende ouderen groot is.

Per persona hebben we een **maatwerkbeleid ontwikkeld** met bijpassende tools per type en per fase van proactieve zorgplanning. Voor iedereen is elke fase uit de proactieve zorgplanning anders.

Je kunt hier meer over lezen in de  [interactieve-pdf](#). Hier is verdere uitleg over proactieve zorgplanningsproces te lezen en kan je met keuzeopties naar behulpzame tools gaan die passend zijn voor de persoon en fase.

Tevens is er een wetenschappelijk artikel gepubliceerd, waar je diepere informatie kunt vinden over het onderzoek en de ontwikkeling van de persona's.

H. Gerger, A. van Dijk-de Vries, A. Moser, I. Jochem, M. Veenstra, M. Perry, L. van Bokhoven. Adjusting advance care planning to older people's needs: results from focus groups and interviews. BMC Health Serv Res 24, 51 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10491-x>.



b) Interprofessionele focusgroepen

In **vier focusgroepen** met in totaal **27 zorgprofessionals** (huisartsen, specialisten, wijkzorgmedewerkers) hebben we informatie verzameld over hun ervaringen met proactieve zorgplanning (PZP). Onze doelen waren om markeringspunten voor PZP te identificeren, bruikbare PZP-informatie tussen eerste en tweede lijn te benoemen en scholingsbehoeften te identificeren.

c) Resultaten

Het belangrijkste resultaat is dat proactieve zorgplanning **teamwork** is en er dus meer nadruk moet komen op samenwerking tussen professionals in de implementatie ervan. Omdat er nog weinig werkafspraken zijn en een officiële taakverdeling voor PZP ontbreekt, zien we dat PZP momenteel sterk afhankelijk is van de eigen motivatie van de zorgprofessional zelf. Deze werkafspraken moeten echter wel gemaakt worden zodat de interprofessionele teams efficiënter en persoonsgerichter te werk kunnen gaan. Tevens is PZP een **proces** en kan een zorgplan niet op één moment door slechts één professional volledig gemaakt worden. Het is ook van belang dat alle zorgprofessionals hetzelfde erover vinden. Ze moeten elkaar ondersteunen zodat er een consequente boodschap aan de oudere overgebracht wordt. Verder is het een professionele plicht om behoeftes van ouderen te signaleren aan het team zodat er tijdig actie ondernomen kan worden.

Er is samengevat dus veel samenwerking nodig om wensen van ouderen goed in kaart te brengen en op te volgen.

Er kan nog veel geleerd worden door zorgprofessionals. Met name dat je op moet passen voor de "behandelmodus" en vaker moet stilstaan bij keuzemomenten of je wel met het juiste bezig bent voor de patiënt. Verder moet PZP gestimuleerd worden onder collega's op de werkvloer door bijvoorbeeld een kijkje in elkaars keuken te nemen. Zo komt er beter begrip. Door (interprofessionele) collega's van positieve feedback te voorzien worden goede keuzes gestimuleerd.

Verder is het van belang om de juiste woorden te kiezen in gesprek met een oudere. Termen als **toekomstgesprek**, uw **latere levensfase** of **scenario's**, worden als prettiger ervaren dan termen als laatste levensfase bijvoorbeeld. Proactieve zorgplanning gaat immers niet over de dood, maar juist over het leven.

Ook deze studie wordt momenteel nog verwerkt tot een wetenschappelijke publicatie. Deze publicatie is nog in ontwikkeling.



d) Interprofessionele wijktraining – gespreksvaardigheden en werkafspraken

In de Mijnstreek regio en regio Nijmegen samen zijn er in **19 huisartsenpraktijken** meer dan **100 zorgprofessionals** getraind in proactieve zorgplanning (tabel 01). Vanuit Nijmegen was er trainingsmateriaal in de vorm van een **E-learning** beschikbaar. Zuyd Hogeschool heeft dit aangevuld met **voorbeeldvideo's** die gebruikt werden als voorbereiding op de trainingen in de praktijken zelf [VSB voorbereiding.docx \(zorgwensenvoorlater.nu\)](#). De deelnemers van de verschillende disciplines rondom een huisartspraktijk zijn in groepjes samengekomen. Zij hebben deze video's van de E-learning geëvalueerd en zijn daarna zelf aan de slag gegaan met het oefenen van casuïstiek. Dit vanuit eigen ervaring door middel van een rollenspel. Door de afstand zijn de trainingen in beide regio's door verschillende mensen uitgevoerd en lag de nadruk ook op iets anders gebaseerd op de behoeften van de deelnemende zorgnetwerken.

De training heeft de interprofessionele wijkteams de kans gegeven om samen te zitten en afspraken te maken [Checklist Impuls.docx \(zorgwensenvoorlater.nu\)](#). Daarnaast hebben de deelnemers aangegeven dat de rol van patiënt spelen, erg leerzaam was. Zo hebben ze opgemerkt dat zorgprofessionals de neiging hebben om te veel te praten of zaken in te vullen, in plaats van ruimte te geven aan de patiënt en stiltes te laten vallen.

Tabel 1; deelnemers trainingen pilot PZP in wijknetwerken

	Aantal Mijnstreek	Aantal Nijmegen
Huisartspraktijknetwerken	7	12
Deelnemers totaal	34	86
Huisartsen (incl HAIO)	14	28
POH-s	6	14
Physician Assistants	1	0
Wijkverpleegkundigen	7	32
Verpleegkundig Specialisten	2	2
Casemanagers dementie	4	
Zorgtrajectbegeleiders	0	8
Praktijkmanagers		2

In de maanden nadat de training is aangeboden aan zorgverleners, zijn **interviews** gehouden met 29 deelnemers uit Nijmegen (n= 10) en de Mijnstreek (n= 19). Tabel 2 biedt een overzicht van de geïnterviewden. Het doel was om te begrijpen welke factoren bevorderen of belemmeren bij het integreren van proactieve zorgplanning na de training. Daarnaast was het doel om de huidige staat van interprofessionele samenwerking te beoordelen en persoonlijke ervaringen en feedback van de deelnemers over de training op te halen.

Wat als **waardevol** werd ervaren tijdens de training was het **beter leren kennen** van de andere ketenpartners en het verkrijgen van **meer inzicht in elkaars taken**. Dit draagt bij aan een goede **samenwerking** volgens de geïnterviewden. Een ander gewaardeerd aspect van de training waren de rollenspellen, waarbij deelnemers de kans kregen om hun gespreksvaardigheden te oefenen en concrete handvatten



mee te krijgen voor het voeren van een Proactief ZorgPlannings-gesprek. Er waren echter ook deelnemers die de rollenspellen als enigszins ongemakkelijk en geforceerd hebben ervaren.

Er zijn ook **verbeterpunten** naar voren gebracht in de interviews. Een aantal deelnemers had graag een **follow-up training** gehad, om de stand van zaken met alle ketenpartners te evalueren. Daarnaast was er behoefte aan een herhaling van een dergelijke training om zo **bewustwording** te blijven creëren.

Uit de interviews bleek dat de training **positieve effecten** had op proactieve zorgplanning. Deelnemers hebben de ervaren impact van de training gedeeld. Veel deelnemers gaven aan dat ze na de training meer **bewust** waren van het belang van proactieve zorgplanning en dat ze zich nu beter in staat voelen om dit in de praktijk toe te passen. Enkele praktijken hebben hier werkafspraken of protocollen voor gemaakt. Ook blijkt uit de interviews dat de interprofessionele samenwerking binnen proactieve zorgplanning steeds meer wordt opgezocht tussen huisartspraktijken, de wijkverpleging en casemanagers dementie.

Uit de interviews is gebleken dat proactieve zorgplanning grotendeels nog in de beginfase staat, en dat de training met name heeft bijgedragen aan het vergroten van het bewustzijn, het maken van werkafspraken en het bevorderen van interprofessionele samenwerking.

Tabel 2: Karakteristieken deelnemers training & geïnterviewd

	Deelnemers Mijnstreek (n=19)	Deelnemers Nijmegen (n=10)
Geslacht		
- Man	4	2
- Vrouw	15	8
Functie		
- Huisarts	8	3
- Huisarts in opleiding	2	0
- Praktijkondersteuner	4	1
- Wijkverpleegkundige	3	5
- Verpleegkundig specialist	1	0
- Casemanager dementie	1	1
Jaren ervaring		
- ≤ 5	9	7
- 6 – 10	3	0
- 11 – 15	4	1
- 16 – 20	2	1
- 21 – 25	1	1



Alle links voor professionals op een rijtje

-  VSB voorbereiding.docx (zorgwensenvoorlater.nu)
-  *H. Gerger, A. van Dijk-de Vries, A. Moser, I. Jochem, M. Veenstra, M. Perry, L. van Bokhoven. Adjusting advance care planning to older people's needs: results from focus groups and interviews. BMC Health Serv Res 24, 51 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10491-x>.*
-  <https://www.stichtingstem.info/welk-type-ben-jij>
-  Checklist Impuls.docx (zorgwensenvoorlater.nu)
-  <https://zorgwensenvoorlater.nu/storage/Veerkrachtig-samen-beslissen-interactieve-pdf-003.pdf>



4) Transmurale gegevensuitwisseling

Een **frustratie** van alle zorgprofessionals is dat de gegevensuitwisseling, waaronder informatie over proactieve zorgplanning, momenteel suboptimaal verloopt. Dit betekent dat de **huidige systemen geen mogelijkheid** bieden tot een gezamenlijk dossier, waardoor betrokken zorgverleners vaak in verschillende mate op de hoogte zijn van de zorgwensen en behoeftes van een individu.

Patiënten vinden het vanzelfsprekend dat alles wat met één zorgverlener is besproken, automatisch bij alle betrokken zorgverleners bekend is.

Er is op dit gebied dus nog **veel winst te behalen**, maar de ideale digitale situatie laat nog op zich wachten. Ondertussen blijft de behoefte voor adequate informatieoverdracht wel bestaan en hebben wij enkele tools geïmplementeerd om dit proces voor proactieve zorgplanning te regelen.

- Landelijk leidraad voor proactieve zorgplanning

De [landelijke leidraad voor proactieve zorgplanning](#) is tijdens en na de corona-periode verder ontwikkeld. Het heeft als doel om **uniforme richtlijnen** voor proactieve zorgplanning te bieden voor heel Nederland. Deze hebben wij steeds onder de aandacht van de zorgprofessionals gebracht met de boodschap dat deze leidraad **dé standaard voor samenwerking is**.

- Uniform vastleggen proactieve zorgplanning

Het [formulier](#) om proactieve zorgplanning uniform vast te leggen is onder andere in de **landelijke leidraad** te vinden. De huidige en toekomstige digitale tools voor gegevensuitwisseling zijn/worden hierop gebaseerd, dus het is belangrijk om dit format aan te houden. Er is ruimte voor toelichting of aanvullingen in de vrije tekstvakken van het formulier zodat een zorgplan persoonsgericht kan blijven en het geen gesloten vragenlijst is.

- Huisartsinformatiesystemen met VIP live & NIS

In **VIP live** kunnen huisartsen digitaal het Leidraadformulier invullen en overhalen naar HIS. Indien over de module NIS wordt beschikt, is deze informatie (bij toestemming voor LSP) per direct zichtbaar op de huisartsenspoedpost. Tevens kan er een PDF van worden opgeslagen die huisartsen kunnen delen met verschillende zorgverleners, waaronder de medisch specialist, casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen en thuiszorg. Helaas is dáár een digitale inlezing nog niet mogelijk en dient het bestand als bijlage te worden opgeslagen. Wel is digitale inzage mogelijk; maar dan dient die zorgverlener wel met VIP live te werken (hetgeen een extra handeling vraagt).

- Huisartsinformatiesystemen zonder VIP live en NIS

Indien niet over VIP live/NIS-module wordt beschikt, is er de weg van het **actief versturen van memo's** naar zowel de huisartsenspoedpost als naar andere zorgverleners. Dit vraagt meer attentie van de huisarts alsook van de ontvanger, aangezien er een geautomatiseerde schakel tussenuit valt.



- **A20 codes aanmaken/aanvullen**

Huisartsen dienen idealiter óók altijd met de **ICPC A20** code in HIS aan te geven dat er een gesprek is geweest over het levenseinde. De tekst is (beperkt) aan te passen om meteen duidelijk te maken wát het gesprek heeft gebracht en niet alleen aan te duiden dát Proactieve ZorgPlanning ter sprake is gekomen. De ICPC code faciliteert bovendien data-overzichten zodat trends zichtbaar worden.

- **LSP-toestemming**

Om alle informatie te kunnen verspreiden in het gehele team rondom een patiënt, is het belangrijk dat er **toestemming verkregen** wordt voor de uitwisseling van medische gegevens volgens het Landelijk Schakel Punt (LSP). Patiënten gaan er vaak vanuit dat dit automatisch gedaan wordt maar dit vraagt een check per patiënt in de huisartsenpraktijk.

- **Checklist MDO ouderen**

In veel wijkteams/huisartspraktijken wordt een MDO voor ouderen gehouden. Uit verschillende evaluaties van de gespreksvaardigheidstrainingen blijkt dat het handig is om in deze MDO's te **checken** of:

- a) een teamlid van een nieuwe patiënt al PZP-informatie heeft;
- b) de reeds bekende behandelwensen of –beperkingen van patiënten bij iedereen dezelfde zijn;
- c) alle zorgnetwerkpartners voor een patiënt dezelfde contactpersoon/ vertegenwoordiger hanteren;
- d) er met een nieuwe patiënt een gesprek van belang is en wie dat vervolgens gaat doen.

- **Brief wisseling met het ziekenhuis**

Huisartsen kunnen bij een **verwijzing** naar het ziekenhuis via ZorgDomein het Leidraadformulier (als PDF) meesturen in een bijlage. Ter versterking van de opmerkzaamheid wordt idealiter ook in het ZorgDomein verwijsbericht zelf aan de bijlage gerefereerd, bijv. met de passage; 'zie PZP in bijlage'. Dat attendeert de medisch specialist.

Voor brieven vanuit het ziekenhuis naar huisartsen is binnen Zuyderland Medisch Centrum het **Leidraadformulier** in SAP ingebouwd en kan als MDO-formulier worden gerapporteerd naar de huisarts. Binnen enkele medisch specialistische zorgpaden wordt dit in 2024 structureel ingebouwd (COPD, dialyse, hartfalen en oncologie). Voor deze medisch specialistische zorgpaden wordt momenteel het project 'De zorg die ik wens en bij mij past.... Als ik niet meer beter word, uitgevoerd'. Dit project borgt de uitkomsten van Veerkrachtig Samen Beslissen vanuit de eerste lijn, en vervolgt het in de tweede lijn. De doelgroep hier betreft patiënten in een palliatieve levensfase, hetgeen voor veel van de kwetsbare ouderen van toepassing is.

Tevens kunnen medisch specialisten in hun huisartsbrieven tekstpassages opnemen (die staan voorgeprogrammeerd onder de F-4 functie in SAP van Zuyderland Medisch Centrum) om huisartsen te informeren over besproken opties voor eventuele (palliatief gerichte) behandelingen en de aanzet tot Proactieve ZorgPlanning met de patiënt.



Voorbeeld:

Conclusie
Symptomatische ernstige aortaklepstenose met matige mitralisklepinsufficiëntie

Advies
Uitgebreid met pt en schoonzoon gesproken over voor en nadelen van interventie. Medicamenteus zijn er weinig opties, tenzij hij gaat decompenseren, hetgeen op dit moment niet zo is. Dan kan uiteraard gestart worden met diuretica.
Opties zijn nu 1. niks doen (levensverwachting +/- 2 jaar met deze symptomen) of 2. tAVI
Gezien zijn vitaliteit twijfel ik of een tAVI een haalbare kaart is. Hijzelf is er vrij stellig in dat hij geen interventie wenst. Hierin kan ik mij ook goed vinden
Ik heb hem geadviseerd er nog eens over na te denken en dan met de huisarts te bespreken waar hij voor kiest. Indien hij wel voor interventie wilt gaan dan via verwijzing in de tweede lijn. Indien hij geen interventie wenst dan is een gesprek over palliatie etc tzt op dit moment wel al te adviseren

Met vriendelijke groet,

Samengevat

Het gaat om éézijdige berichtgeving aan elkaar. Heel belangrijk!
Idealiter wordt dit in de toekomst wederkerig en voortbouwend op elkaar.

Huisarts

- Basis = HIS (diverse leveranciers)
- ICPC code = A20
- VIP live leidraadformulier = pop-up spoedpost HA (WM)
- Medium t.b.v. andere professies = ZorgDomein met bijlage

Specialist

- Basis = SAP (wordt in 2025 HIX)
- MDO formulier(+ 4 domeinen) voor leidraadformulier=popup
- Medium t.b.v. andere professies = Edifact



a) Voor jou, de huisarts

Regionale Huisartsenschooling

In de projectperiode zijn er **regionale trainingen** georganiseerd voor huisartsen over de ontwikkelde werkwijzen over de documentatie en uitwisseling van proactieve zorgplanning. Later zijn deze trainingen ook georganiseerd voor verpleegkundigen. Dit was niet alleen vanuit ons project "Veerkrachtig Samen Beslissen", maar ook vanuit de Module Ouderenzorg voor huisartsen, "Meer Tijd voor de Patiënt" en Netwerken Palliatieve Zorg.

Voor de training is steeds de leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning als basis gebruikt. We hebben huisartsen aangespoord het formulier "uniform vastleggen van proactieve zorgplanning" te gebruiken. Deze zal later als basis voor (landelijke) digitale informatie koppelingen gebruikt worden. Daarnaast is ook het maatwerkbeleid op basis van de ontwikkelde persona's uit ons onderzoek behandeld.

b) Voor jou, de wijkzorgprofessional

De **wijkzorgprofessional** heeft ook een rol binnen proactieve zorgplanning en is een partner in het netwerk tussen de verschillende professionals.

Diverse wijkzorgprofessionals hebben ook deel mogen nemen aan de regionale trainingen waar er o.a. is geoefend met een rollenspel. Hierbij kregen de wijkverpleegkundigen verschillende gesprekstechnieken aangeleerd. Een paar maanden na de training zijn deze wijkzorgprofessionals geïnterviewd.

Wat er met name uit de interviews komt, is dat er nog **veel kansen** liggen bij de wijkzorgprofessional. Het gesprek wordt met name nog opgepakt door de huisarts. Een groot aantal wijkverpleegkundigen gaf aan dat zij hier een rol voor zichzelf zien maar niet goed weten hoe het gesprek te voeren:

'[een PZP gesprek voeren is] lastig, want je krijgt toch soms vragen die ik niet zeg maar kan beantwoorden als het gaat over medische zaken'. – WVPK, vrouw, 5 jaar ervaring.

Echter ben jij, als wijkverpleegkundige, ook goed in staat om de wensen van de cliënt te bespreken. Je bent in een unieke positie, aangezien je soms dagelijks bij de cliënt over de vloer komt. Dit draagt niet alleen bij aan een goede band tussen jou en de cliënt, maar verlaagt ook de drempel voor de cliënt om te praten over dit onderwerp. Zo kan je helpen verkennen wat je niet doet; maar ook juist wat je wél doet in het belang van de wens van de cliënt/patiënt.

De wijkzorgprofessionals hebben ook de het formulier 'proactieve zorgplanning' gekregen.

Dit kan je gebruiken als **hulpmiddel** voor het gesprek voeren en voor het documenteren. Het is goed om met jouw collega's in de wijk en met de aangesloten huisartsenpraktijk afspraken te maken over hoe deze informatie gedeeld wordt. Het MDO is een mooi moment om met elkaar te overleggen over met wie het gesprek is gevoerd of gevoerd zou moeten worden en wie dat doet. Een wijkverpleegkundige zegt hier het volgende over: *'...maar de communicatie loopt gewoon makkelijker als je kunt overleggen en dat is gewoon... dan zijn de lijnen korter.'* – WVPK, V, 5 jaar ervaring



Alle links voor zorgprofessionals op een rijtje



Dankwoord

Aan het einde van deze rapportage past een groot woord van dank aan diverse personen die hebben bijgedragen aan uitwerking van belangrijke onderdelen van het project, náást het op de voorzijde vermelde projectteam.

Deze gewaardeerde personen zijn:

Sabine Pieters, Céline Molenberg, Dorien Oostrá, Philo Logister, Huibert Tange, Albine Moser, Vera Thoonen, Sofie Cuijpers, Ralph Vermeere, Ruud Aalbrecht, Susan Derks, Stephanie op den Kamp, Sanne Jacobs, Renske Camps, Martijn Gelissen, Pathman Pasupathy, Monique Blezer, Rob Schoumakers, Fabienne Warmerdam.

Ook zijn we de netwerken Palliatieve Zorg in de regio's en uiteraard de deelnemende zorgprofessionals van alle pilotpraktijk-netwerken zeer erkentelijk.

Referenties

1. <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>
2. <https://www.stichtingstem.info/welk-type-ben-jij>