

Stappenplan Proactieve Zorgplanning in de huisartsenpraktijk

Proactieve Zorgplanning: iedereen komt er uiteindelijk mee in aanraking. Ondanks dat vele ouderen nadenken over zorg en behandelingen die zij nog willen ontvangen, is het nog geen onderwerp dat altijd bespreekbaar wordt gemaakt. Gesprekken over behandelwensen en behandelgrenzen tijdig voeren zorgt ervoor dat de zorg beter aansluit bij de wensen van de patiënten. Proactieve Zorgplanning kan onnodige en onwenselijke zorg en ziekenhuisopnames voorkomen.

Dit stappenplan helpt de huisartsenpraktijk op weg met het voeren van de gesprekken over de laatste levensfase met kwetsbare ouderen.

| Inhoudsopgave |
|--|
| <p>Stap 1. Uw praktijk voorbereiden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Updaten kennis & kunde ○ Afspraken maken <p>Stap 2. Signaleren, aanmerken en voorbereiden van patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Signaleren en aanmerken ○ Het gesprek aanbieden en een afspraak maken ○ Informeren en voorbereiden patiënt <p>Stap 3: Voeren van een (voorbereidend) proactieve zorgplanningsgesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Voorbereidend gesprek ○ Proactief zorgplanningsgesprek ○ Vervolg <p>Stap 4: Verslaglegging en Registreren</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het behandelwensenformulier ○ Formulier bij de patiënt zelf ○ Registreren in het HIS <p>Stap 5: Overdracht binnen de keten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Huisartsenpost ○ Geriaters ○ Ambulancezorg Gelderland-Zuid en SEH ZRT ○ Thuiszorg ○ Verpleeg- en/of verzorghuis (specialist ouderengeneeskunde) <p>Bijlages</p> |

Zorggroep Gelders Rivierenland wil het mogelijk maken dat proactieve zorgplanning een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg in de regio wordt. Daarbij is het belangrijk dat patiënten én zorgverleners durven praten over kwetsbaarheid en het laatste levensfase. Er is behoefte aan het delen van informatie én het gebruikmaken van dezelfde terminologie. Afspraken werken alleen als deze bekend zijn op de plek in de keten waar ze moeten worden uitgevoerd.

Dit stappenplan is geïnspireerd op het stappenplan uit de Gelderse Vallei, waar een multidisciplinaire werkgroep het document heeft ontwikkeld. Het document is passend gemaakt voor regio Rivierenland in samenspraak met de kaderhuisarts ouderenzorg, huisarts, netwerkcoördinator palliatieve zorg, beleidsmedewerker ouderenzorg en de ketenconsulent van Zorggroep Gelders Rivierenland en een adviseur van Mura Zorgadvies. Het stappenplan is gebaseerd op de 'Toolkit advance care planning met betrekking tot het levenseinde' van Frank Guldmond e.a. okt. 2017, de 'Handreiking Vroegtijdig Spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn' van Van de Plas e.a., jan. 2019 en het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' okt. 2017.

Snel aan de slag met het stappenplan? Geen tijd om het hele stappenplan te lezen? Ervoor zorgen dat het onderwerp bij u onder de aandacht blijft? Gebruik bijlage 1 Samenvatting.

Verder lezen over proactieve zorgplanning? In stap 1 bij 'Update kennis & kunde' vindt u meer informatie.

Veelgebruikte begrippen bij proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning (Advance Care Planning (ACP)) Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past¹.

Reanimatiebesluit Een individueel anticiperend besluit van de eindverantwoordelijk arts (hoofdbehandelaar) waaruit blijkt of de patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling.

Schriftelijke wilsverklaring Document waarin iemand zelf instructies geeft over de behandeling die hij in de toekomst wel of niet wenst te ondergaan onder gespecificeerde omstandigheden. Hieronder vallen een behandelverbod, niet-reanimerenverklaring, levenswensverklaring en een euthanasieverklaring.

Niet-reanimerenverklaring Een schriftelijke verklaring waarin iemand zelf heeft vastgelegd dat hij – in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling – niet gereanimeerd wil worden (NR-wilsverklaring).

Niet-reanimerenpenning Met deze penning, gedragen aan een kettinkje om de hals, geeft iemand aan dat hij niet gereanimeerd wil worden (NR-penning).

Shared decision-making Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en arts om samen tot een beleid te komen dat het beste bij de patiënt past. De ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, preferentiegevoelige beslissingen.

Disproportionele behandeling Een behandeling die niet meer bijdraagt aan de oplossing voor het medische probleem van de patiënt en/of waarbij de beoogde behandeling qua effecten en belasting niet in redelijke verhouding staat tot het te bereiken doel.

Wilsonbekwaamheid Iemand is wilsonbekwaam indien hij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. NB: wilsbekwaamheid wordt beoordeeld ten aanzien van een specifieke beslissing.

Surprise question Vraag die huisartsen/medisch specialisten zichzelf kunnen stellen om patiënten met palliatieve zorgbehoeften tijdig te herkennen. De surprise question luidt: 'Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen twaalf maanden zou overlijden?'

Euthanasie Het toedienen van specifieke medicatie aan een patiënt om het ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een patiënt te beëindigen. Doel is het overlijden van de patiënt.

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt bij refractaire symptomen (met een maximale levensverwachting van twee weken) in de laatste levensfase. Doel is het lijden te verlichten.

¹ Kwaliteitskader palliatieve zorg

Stap 1. Uw praktijk voorbereiden

Updaten kennis & kunde

Naast het bestuderen van dit stappenplan kunt u lezen:

- [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)
- [Vroegtijdig spreken over behandelwensen \(proactieve zorgplanning\) in de eerste lijn](#)
- [Toolkit Advance Care Planning m.b.t. het levenseinde \(Laego\)](#)
- [Cijfers over overleving na hartstilstand buiten het ziekenhuis \(met name hoofdstuk 6²\) en Kwaliteit van leven na reanimatie³](#)
- [LESA Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen](#)
- [KNMG dossier: spreken over levenseinde](#)
- [Tijdig praten over het levenseinde - KNMG-handreiking voor artsen \(e-book\)](#)
- [Het levenseindegesprek in Protocolaire Ouderenzorg](#)
- [Achtergronddocument bij Handreiking palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond](#)
- [Netwerk palliatieve zorg Rivierengebied](#)
- [Toolkit palliatieve zorg \(patz.nu\)](#)
- [Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning \(ACP\) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie](#)

Daarnaast zijn aan te bevelen cursussen:

- Het regionale scholingsaanbod Zorggroep Gelders Rivierenland en het ECT
- NHG PIN over levenseinde en/of euthanasie. [Programma voor Individuele Nascholing \(PIN\)](#).
- [NHG StiP-cursus 'Tijdig spreken over het levenseinde](#)
- Stichting STEM: online [bijeenkomsten](#)

Afspraken maken

U bepaalt zelf hoe de structurele aanpak van proactieve zorgplanning eruitziet, passend bij de opzet van uw praktijkvoering. Wij raden u aan om afspraken te maken binnen uw huisartsenpraktijk over wie waar verantwoordelijk voor is. Dit stappenplan helpt u om binnen de praktijk een taakverdeling te maken.

NB: dit stappenplan wordt allereerst verspreid onder de huisartsenpraktijken aangesloten bij Zorggroep Gelders Rivierenland. Op regionaal niveau wordt gewerkt aan het betrekken van andere zorgverleners. Op praktijkniveau kunt u zelf afspraken maken met lokale zorgverleners.

² De overleving na een reanimatie *buiten* het ziekenhuis van 70-plussers is in Noord-Holland 12,3%. Dit is lager dan de gemiddelde overleving na een reanimatie in alle leeftijdsgroepen; deze is 23%. Het beeld dat reanimeren bij ouderen veelal ernstige neurologische schade oplevert is niet correct: 89,6% van de overlevenden heeft een goede neurologische conditie bij ontslag uit het ziekenhuis. Co-morbiditeit is niet significant geassocieerd met een lagere overleving in deze oudere populatie. De belangrijkste voorspellers zijn, ook bij oudere en meer zieke patiënten, de reanimatiefactoren: schokbaar beginritme, tijdig aansluiten van een defibrillator, aanwezigheid van een getuige en omstanderreanimatie (blz. 76).

³ Let wel: de gemiddelde leeftijd van deze groep was 59, veel jonger dan de gemiddelde kwetsbare oudere. Reanimeren is alleen zinvol als de kwaliteit van leven vóór de hartstilstand acceptabel is. Als co-morbiditeit of ander leed leidt tot een door de patiënt als onvoldoende ervaren kwaliteit van leven, is dit uiteraard een leidende factor die zowel door patiënt als arts meegewogen zal worden wanneer al dan niet reanimeren besproken wordt.

Stap 2: Signaleren, aanmerken en voorbereiden van patiënten

Signaleren en aanmerken

Het signaleren van (toenemende) kwetsbaarheid van patiënten kan op meerdere momenten en manieren worden gedaan. Het kan gedaan worden door zowel huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg/somatiek, (gespecialiseerde) (wijk)verpleegkundige of verpleegkundig specialist en medisch specialist. Ook de doktersassistente heeft een rol bij het signaleren van kwetsbaarheid.

Het toekennen van de ICPC code A.05 (Algehele Achteruitgang) en/of P.70 (Seniele dementie/Alzheimer) is een gepast moment om in gezamenlijkheid met de patiënt na te denken over de laatste levensfase en proactieve zorgplanning. Hulp nodig bij het inschatten van de kwetsbaarheid van een patiënt? De GFI en de Easycare trap 1 ondersteunen hier eenvoudig bij.

Aansluitend bij het 'kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' stellen wij dat de volgende momenten in het ziekteproces vragen om het bespreken en/of actualiseren van wensen voor de laatste levensfase:

- op verzoek van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers;
- bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid;
- bij negatief antwoord op de surprise question; 'Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?'
- in een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie;
- bij overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling;
- bij meerdere ziekenhuisopnames in een relatief korte periode;
- als de voordelen van ziekte- en/of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen;
- bij verwachte functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid;
- bij ernstig fysiek, psychisch en/of spiritueel lijden.

Aanmerken en vaststellen dat de proactieve zorgplanning start wordt door de huisarts (of andere hoofdbehandelaar) gedaan.

Ons advies is te beginnen met casefinding volgend op de bovenstaande momenten. Dit kan worden ingebed in de praktijk door (een combinatie van) de volgende opties:

- Tijdens het contact tussen zorgverlener en patiënt signaleren op (één of meerdere) van bovenstaande criteria en de patiënt hierover te informeren / afspraak te plannen.
- Jaarlijks een lijst van patiënten met ICPC A.05 (Algehele Achteruitgang) en P.70 (Seniele dementie/Alzheimer) uitdraaien uit het HIS. Patiënt hierover informeren / afspraak plannen voor proactief zorgplanningsgesprek.
- Een geprinte lijst van alle oudere patiënten in de praktijk uitdraaien en selecteren welke patiënten aan de bovenstaande criteria voldoen. Patiënt hierover informeren / afspraak plannen voor proactief zorgplanningsgesprek.
- Te overleggen met de gespecialiseerde (wijk)verpleegkundige of verpleegkundig specialist en medische specialist, specialist ouderengeneeskunde welke patiënt(en) er in aanmerking komen voor een proactief zorgplanningsgesprek, bijvoorbeeld na/tijdens een MDO, een PaTz bijeenkomst of een ander regulier afstemmingsmoment.
- Als een patiënt thuiskomt na een ziekenhuisopname om dan het gesprek aan te gaan over de te verwachten toekomst en behandelwensen en –grenzen. Zeker als iemand thuiskomt met een slechte diagnose/uitkomst/heropname.

Om de patiënten goed in beeld te krijgen en de daarbij behorende coderingen in de dossiers op orde te krijgen, kunt u (indien werkzaam in uw praktijk) een AIOS vragen om te zoeken naar kwetsbare ouderen en juist te coderen. Door de ICPC code A.05 (Algehele Achteruitgang) en/of P.70 (Seniele dementie/Alzheimer) toe te kennen worden de oudere patiënten die in aanmerking komen/zijn gekomen voor proactieve zorgplanningsgesprekken op een eenduidige manier aangemerkt.

Het gesprek aanbieden en een afspraak maken

Met de patiënten die geselecteerd zijn, stemt de huisarts persoonlijk af (korte toelichting over proactieve zorgplanning met de nadruk op wensen en verwijzing naar de onderstaande informatiebronnen). U kunt de patiënt de uitnodigingsbrief (bijlage 2) verstrekken na de persoonlijke afstemming. Daarna biedt u een voorbereidend gesprek aan (door de POH) en proactieve zorgplanningsgesprek (door de huisarts) (zie stap 3). Leg de patiënt uit dat het voor u, als huisarts, goed is om te weten hoe iemand in het leven staat, hoe de patiënt invulling wil geven aan de laatste levensfase. Indien de patiënt ingaat op uw aanbod voor een gesprek plant huisarts of POH of doktersassistente een voorbereidend gesprek. Bij stap 3 leest u meer over de gesprekken. Aanvullende uitleg over de procedure kan desgewenst worden gegeven. U bespreekt ook in samenspraak met de patiënt welke naaste aanwezig is bij het voorbereidende en proactieve zorgplanningsgesprek. De patiënt nodigt zelf zijn naaste uit, dit kan een mantelzorger zijn en/of de wettelijke vertegenwoordiger. De ervaring leert dat onderdelen van het voorbereidende en proactieve zorgplanningsgesprek in delen worden gevoerd in al geplande consulten/visites. Maak gebruik van deze momenten en plan indien nodig een uitgebreider gesprek.

Informer en voorbereiden patiënt

Patiënten materiaal

Dringend advies is om patiënten en hun naasten te informeren over proactieve zorgplanningsgesprekken via bijvoorbeeld een poster in de wachtkamer, informatie op uw website, folders en een wachtkamerfilmje.

Filmpjes

- Een wachtkamerfilmje over proactieve zorgplanningsgesprekken vindt u [hier](#).
- Een filmje over [behandelbeperkingen](#) vindt u hier.
- [Alsjenietmeerbeterwordt.nl/videos/beslissen-over-je-levenseinde](https://alsjenietmeerbeterwordt.nl/videos/beslissen-over-je-levenseinde) (door Second chance foundation).
- Filmpjes voor migranten vindt u hier: <https://ingesprek.pharos.nl/>

Brief, poster, folder

- Na persoonlijke afstemming kunt u ook de uitnodigingsbrief (bijlage 2) aan de patiënt verstrekken.
- Een voorbeeld van een poster voor in uw wachtkamer vindt u [hier](#) (ontwikkelt door VUMC).
- Een patiënten folder over behandelbeperkingen en wensen vindt u [hier](#)

Online informatie voor ouderen en naasten om gesprek voor te bereiden / na te lezen:

- [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) (door NHG) geeft heldere informatie over het vastleggen van levenseindewensen met verwijzingen naar websites die patiënten kunnen raadplegen.
- [Levenseinde.patiëntenfederatie.nl](https://levenseinde.patiëntenfederatie.nl) (door NHG en KNMG) Op de website vindt de patiënt naast algemene informatie, o.a. een [E-book - Spreek op tijd over uw levenseinde](#).
- [Ik wil met je praten.nu](https://ikwilmtejpraten.nu) (door Coalitie van betekenis tot einde) geeft tips om een gesprek te beginnen en wijst op activiteiten van organisaties die de patiënt hiermee op weg kunnen helpen.
- [Levenseinde en euthanasie | Rijksoverheid.nl](https://levenseinde.en.euthanasie|rijksoverheid.nl) (door Rijksoverheid)
- [Mijn kwaliteit van leven.nl](https://mijnkwaliteitvanleven.nl) (door Patiëntenfederatie Nederland) bevat een online vragenlijst voor de ouderen om te bepalen wat belangrijk is voor ze.
- 3goedevragen.nl (ontwikkeld in Australië, vertaald door Patiëntenfederatie Nederland en de FMS) bevat een methode voor de patiënt om gesprek met de zorgprofessional voor te bereiden.
- [Keuzehulp Samen Beslissen bij COVID 19](https://keuzehulp.samenbeslissenbijcovid19.nl) (door LUMC expertisecentrum palliatieve zorg).

Wensenboekje, behandelpaspoort, kaartspel

1. Patiënten die graag wensen vastleggen kunnen gebruik maken van; [het wensenboekje](#) (door netwerk Palliatieve Zorg Twente) of [dit wensenboekje](#) (door Stichting STEM), of [het behandelpaspoort](#)
2. [Kaartspel](#) (door Stichting STEM) om in gesprek met anderen te bespreken wat wel en niet belangrijk is rondom de laatste levensfase.

Stap 3: Voeren van een (voorbereidend) proactief zorgplanningsgesprek

Het is van belang om de gespreksonderwerpen samen met de patiënt te bepalen. Het kan zijn dat de patiënt niet direct voorkeuren wil of kan uitspreken over alle zaken die u zou willen bespreken. Een goed voorbeeld van een gesprekshandleiding en bespreekpunten vindt u in de [KNMG-handreiking](#) en in de 1^e bijlage van [toolkit Laego](#). De vragen in het behandelwensenformulier (bijlage 3, deel 1 en deel 2) kunnen ook goed als gespreksleidraad worden gebruikt.

Vorbereidend gesprek

Na afstemming met de huisarts die hierover persoonlijk contact legt met de patiënt, kan (afhankelijk van de lokale afspraken) de (gespecialiseerde) (wijk)verpleegkundige, verpleegkundig specialist of praktijkondersteuner een voorbereidend gesprek met de patiënt voeren. De huisarts kan dit gesprek ook zelf voeren. Tijdens dit voorbereidend gesprek wordt geëxploreerd wat de levensdoelen, de kwaliteit van leven en ziektebeleving van de patiënt zijn. Zo mogelijk worden zorgdoelen geformuleerd. Wij adviseren u met de patiënt te bespreken wat er na het gesprek met de opgestelde afspraken gebeurt (wie ontvangt het en waar de patiënt zelf verantwoordelijk voor is). Het delen met betrokken professionals (zoals thuiszorg) behoeft geen expliciete toestemming, maar het is wel wenselijk om de patiënt hierover te informeren. Waar passend kunt u hier ook het nut van LSP en OZOverbindzorg benoemen. Na afloop van dit gesprek plant de doktersassistente of POH indien de patiënt dit wenst een vervolgspraak (dubbel-consult) met de huisarts. De resultaten van het voorbereidend gesprek worden door de POH vastgelegd in het HIS (**ICPC A.20 gesprek levenseinde/behandelwensen**) en daarmee teruggekoppeld aan de huisarts (zie stap 4).

Proactief zorgplanningsgesprek

In dit gesprek worden de opgestelde zorgdoelen (verder) doorgenomen, verder verhelderd en indien gewenst worden daarbij passende afspraken gemaakt en gedocumenteerd. U kunt de patiënt vragen naar het verloop van het voorbereidend gesprek en eventuele vragen of onduidelijkheden bespreken. Zo nodig, spar met de specialist ouderengeneeskunde of behandeld specialist (bv. de oncoloog) over de behandeling van de ziekte en de te behalen winst. Geef duidelijk aan dat de patiënt altijd mag terugkomen op de gemaakte afspraken.

Vervolg

Plan een vervolgspraak (richtlijn minimaal 1x per jaar en bij verandering in gezondheidssituatie) met de patiënt om terug te komen op het gesprek. Hiermee zorgt u ervoor dat de wensen actueel blijven, ook wanneer er (voor u) geen zichtbare situatie veranderingen zijn.

“Ik had een gesprek met een mevrouw over een palliatieve behandeling in het ziekenhuis. Ze wilde niet graag praten over het levenseinde dus ik vroeg: ‘Mag ik wel praten met u, over wat u nog belangrijk vindt en wat uw man belangrijk vindt?’ Aarzelend ging ze akkoord: ‘ik ben niet zo’n prater’. Na afloop van het gesprek zei ze: ‘Volgens mij bent u niet zoveel wijzer geworden maar ik voel me wel rustiger nu’. Maar ik was ondertussen heel veel wijzer geworden! We moeten het alleen nog wat verder inkleuren” Kaderhuisarts ouderenzorg

Stap 4: Verslaglegging en Registreren

Voor de verslaglegging van een (voorbereidend) proactief zorgplanningsgesprek is het behandelwensenformulier (bijlage 3; tweedelig) beschikbaar. Het (voorbereidende) proactieve zorgplanningsgesprek start idealiter met vragen over zorgdoelen en wensen die in deel 1 van het formulier staan beschreven. In het behandelwensenformulier is de informatie die van belang is in urgente situaties en om te delen met andere zorgverleners, beschreven in deel 2.

Het behandelwensenformulier

- Het behandelwensenformulier is een praktisch hulpmiddel voor de zorgprofessional bij het vastleggen van de behandelwensen en zorgdoelen van de patiënt.
- Door behandelwensen en zorgdoelen uit te spreken en op te schrijven zijn ook naasten beter in staat om de patiënt te vertegenwoordigen, indien de patiënt niet meer in staat is zijn wensen te uiten.
- Behandelaafspraken worden vastgelegd om zorgverleners te faciliteren te handelen naar de wensen van de patiënt, bijvoorbeeld in een acute levensbedreigende situatie.
- Het gesprek met de patiënt staat centraal en zorgverleners vullen in wat zij besproken hebben.
- Wanneer het behandelwensenformulier is ondertekend door de patiënt, wordt deze erkend als wilsverklaring.
- Bij veranderende condities of wensen moet het behandelwensenformulier worden aangepast.
- Het behandelwensenformulier is géén checklist of een gespreksleidraad en het invullen ervan is geen doel op zich.

Behandelwensenformulier bij de patiënt zelf

De patiënt is eigenaar van het behandelwensenformulier en u kunt hem/haar adviseren om twee actuele kopieën van het formulier in huis te hebben; bijvoorbeeld bij de telefoon en/of het verzekerings-ziekenhuispasje. Wijs de patiënt erop dat hij/zij het behandelwensenformulier meeneemt indien de patiënt naar de huisartsenpost of het ziekenhuis gaat. Attendeer de patiënt erop dat het formulier ook na toestemming in OZOverbindzorg kan worden gezet zodat alle betrokken professionals op de hoogte zijn van de afspraken. Bij toestemming voegt u het behandelwensenformulier aan OZOverbindzorg toe.

Registreren in het HIS

De resultaten van het voorbereidend gesprek worden door de POH vastgelegd in het HIS (**ICPC A20 gesprek levenseinde/behandelwensen**) en daarmee teruggekoppeld aan de huisarts (zie stap 4).

Afspraken die zijn gemaakt worden vastgelegd door de huisarts in een episode met attentiewaarde in het HIS.

1. Door bij **ICPC codering A20 (gesprek levenseinde/behandelwensen)** in één regel de belangrijkste informatie weer te geven. Voorbeeld: ZK+; NTBR; IC-. Geef in de titel ook aan of er een behandelwensenformulier aanwezig is. In het journaal kunt u extra informatie toevoegen. Indien mogelijk in uw HIS, geef dit probleem prioriteit 1.
2. Via het HIS gaat u naar Zorgportaal (Topicus) en daarin plakt u de informatie die opkomt als een **memo complexe zorg** selecteert (zie bijlage 4 voor de items uit de memo complexe zorg > overdracht van huisarts naar HAP). Geef aan dat het behandelwensenformulier tijdens visite bij de patiënt ingezien kan worden.
3. Laat het **behandelwensenformulier** en eventueel andere verklaringen (bijvoorbeeld euthanasieverklaring, levenswensverklaring) scannen door de assistente en koppel deze aan **ICPC A20 (gesprek levenseinde/behandelwensen)**.

Stap 5: Overdracht binnen de keten

De communicatie over de gemaakte proactieve zorgplanningsafspraken tussen professionals behoeft aandacht. Via **OZOverbindzorg** is het mogelijk om de besproken behandelwensen en afspraken (zoals opgesteld in het behandelwensenformulier) (veilig) digitaal te verspreiden aan andere betrokken zorgverleners in de keten. Nog niet iedere zorgprofessional werkt al met OZOverbindzorg.

- Vooralsnog is het dus extra van belang dat **de patiënt als "drager" van het behandelwensenformulier wordt ingeschakeld** en betrokken en wordt gevraagd om andere partijen zoals de thuiszorg te informeren.
- Alle betrokken zorgverleners hebben de taak te signaleren of er bij de patiënt een behoefte is voor het bespreken en/of actualiseren van behandelwensen.
- Alle betrokken zorgverleners hebben de taak om na te gaan of er een behandelwensenformulier thuis of in OZOverbindzorg aanwezig is.

Huisarts draagt de behandelwensen over

- Wanneer de huisarts registreert zoals vermeld bij stap 4, is de overdracht richting de huisartsenpost gewaarborgd mits aansluiting LSP.
- Bij een verwijzing naar het ziekenhuis of VVT wordt in de verwijsbrief (meestal via ZorgDomein) aangegeven welke grenzen er zijn voor wat betreft de behandelingen en door wie en wanneer ze zijn besproken. Indien mogelijk wordt het behandelwensenformulier als pdf meegestuurd.
- Regel bij een opname in een zorginstelling waarbij de specialist ouderengeneeskunde (SO) de zorg overneemt altijd voor het versturen van de episoderegels onder ICPC A20 (via beveiligde mail). Voeg daarnaast het behandelwensenformulier als bijlage toe. Hetzelfde geldt voor een consultatie door de SO (via zorgdomein).
- Verwerk terugrapportagebrieven en ingevulde behandelwensenformulieren ontvangen van andere zorgverleners volgens de afspraken in stap 4 (of laat dit uw assistenten doen).
- Doordat de huisarts het behandelwensenformulier upload in OZOverbindzorg kunnen de zorgverleners die toegang hebben tot OZOverbindzorg, het formulier inzien.

Huisartsenpost

Indien er op de huisartsenpost ontwikkelingen en/of gesprekken hebben plaatsgevonden die van invloed zijn op het behandelwensenformulier wordt dit specifiek vermeld in de terugkoppeling richting de dagpraktijk.

Geriaters

Indien dit besproken is schrijven de geriaters van ziekenhuis Rivierenland Tiel in hun conclusie en beleid informatie over behandelwensen en koppelen informatie terug via zorgdomein aan de huisartsenpraktijk. Dit verzoek is ook neergelegd bij de oncologie, cardiologie, reumatologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde. De huisartsenpraktijk dient de informatie zelf te verwerken in het dossier en het behandelwensenformulier van de patiënt.

Ambulancezorg Gelderland-Zuid en SEH ZRT

Zorggroep Gelders Rivierenland informeert ambulancedienst en de SEH over de mogelijkheid dat de patiënt een behandelwensenformulier heeft en de betekenis ervan.

Thuiszorg

De thuiszorg kan de huisarts erop wijzen dat een patiënt behoefte heeft aan een gesprek over behandelwensen. Bij sommige thuiszorgorganisaties zijn behandelafspraken (medisch ethisch beleid) een vast onderdeel van het zorgplan dat wordt opgesteld en vastgelegd. Voor de verpleegkundige overdracht van palliatieve patiënten is een [regionale overdrachtstool](#) ontwikkeld.

Verpleeg- en/of verzorgingshuis (specialist ouderengeneeskunde)

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is bij opname en overname van de behandeling verantwoordelijk voor het bespreken van de wensen rondom het levenseinde (binnen zes weken). Bij

tijdelijke opname/revalidatie voeren zij het gesprek binnen twee weken. De afspraken worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier (EPD). Bij een veranderende situatie volgt er weer een gesprek en afspraken worden in het EPD veranderd door de SO.

- De specialist ouderengeneeskunde vermeldt bij een ontslagbrief naar de huisarts de gemaakte afspraken (bij zowel overlijden als blijvende opname wordt de huisarts geïnformeerd).
- Indien van toepassing geeft de specialist ouderengeneeskunde het beleid door aan de CPA.
- De specialist ouderengeneeskunde vermeldt in de verwijsbrief naar de 2^e lijn de gemaakte afspraken.

Bijlages vindt u op de website van Zorggroep Gelders Rivierenland en Kennisnet ECT:

- Bijlage 1:** Samenvatting proactieve zorgplanning Gelders Rivierenland
- Bijlage 2:** Uitnodigingsbrief patiënt
- Bijlage 3 deel 1 en deel 2:** Behandelwensenformulier Gelders Rivierenland
- Bijlage 4:** Overdracht van huisarts naar HAP