

# Stappenplan Advance Care Planning (ACP) – Proactieve Zorgplanning

## Stap 1. Markering



### Met welke patiënten voert u een gesprek over de laatste levensfase?

Bij patiënten:

- Met vragen over de zorg rond het **levenseinde**.
- Die als **kwetsbare oudere** wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening.
- Waarbij te verwachten is dat de patiënt **binnen een jaar** zal overlijden.
- Die worden opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis.
- Met één of meer van onderstaande **kenmerken**:
  - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte.
  - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychische vitaliteit.
  - een **verhoogde kans** op een hart of ademhalingsstilstand.
  - (beginnende) cognitieve beperkingen.
  - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.

Een hulpmiddel hierbij is de zogenaamde **Surprise Question**:  
“Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?”.

### Wie voert het gesprek over de laatste levensfase?

Huisarts of specialist.

## Stap 2. In kaart brengen



### Wat breng je in kaart?

#### 1. Basisgegevens

Een wilsverklaring [<link>](#)

#### 2. Palliatieve domeinen

- a) somatische domein
- b) zorgverlening en ADL
- c) sociale en financiële context
- d) psychische domein
- e) existentiële of zingevingsdomein

#### 3. Medicatieoverzicht

Vraag de patiënt om toestemming voor overdracht van het medicatieoverzicht via het LSP.

#### 4. Proactief zorgplan -> bedoeld voor mogelijke toekomstige problemen op allerlei vlakken.

### Wie moet dit in kaart brengen?

De huisarts of de specialist, evt. samen met de wijkverpleegkundige.

### Hoe breng je dit in kaart?

Door middel van een gesprek, bijv. in bijzijn van familie of mantelzorgers.

# Stappenplan Advance Care Planning (ACP) – Proactieve Zorgplanning

## Stap 3. Vastleggen



### Hoe en waar leg ik het gesprek vast?

Schriftelijk en/of digitaal met een overdrachtsformulier.

Een voorbeeld overdrachtsformulier vind je op <http://consortiumligare.nl/themas/markering-en-proactieve-zorgplanning/instrumenten/>

#### Registreren in HIS

- Bij aanwezigheid van een wilsverklaring in memo of op **attentieregel:** (NR) wilsverklaring.
- Probleem **A 20 (verzoek/gesprek euthanasie) aanmaken** en daar (NR) wilsverklaring invullen, dit probleem **prioriteit 1** geven.
- Formulier scannen en dan koppelen aan probleem (NR) wilsverklaring.
- Formulier in map bewaren met wilsverklaringen binnen praktijk.
- Bij verwijzing naar 2e lijn, probleem (NR) wilsverklaring meenemen (bij verwijzing via **Zorgdomein** of vermelden in de verwijsbrief).
- Een oriënterend gesprek over ACP wordt vastgelegd onder de **episode A 58**.
- Jaarlijks de wilsverklaringen met de patiënt **updaten**.

#### Uitdraaien in tweevoud!

#### Registreren bij patiënt

Zorg dat er een kopie van de wilsverklaring en een verslag van de gemaakte afspraken aanwezig zijn in het **thuiszorgmap** of bij andere belangrijke documenten.

## Stap 4. Overdracht



### Aan wie en hoe moet ik de wilsverklaring en het proactieve zorgplan overdragen

- **De patiënt** – krijgt een schriftelijk kopie (doet zelf overdracht naar familie indien deze niet aanwezig zijn bij het gesprek).
- **Wijkverpleging** via de thuiszorgmap.
- **Dokterswacht:** In webHIS portal van DWF formulier “**aandachtspatiënt**” invullen.
- **Ziekenhuis** via de fax of schriftelijk.
- **Zorginstelling, dagopvang**, via de zorgmap.