

Stappenplan Advance Care Planning (ACP) in de huisartsenpraktijk

Stap 1 • Voorbereiding

Bespreek in het kernteam ouderenzorg van de praktijk:

- Belang ACP en bewustwording bij praktijkmedewerkers.
- Rol- en taakverdeling in de praktijk, denk aan:
 - **Trekker:** Degene die zich hard maakt voor proactieve zorgplanning, de implementatie in de praktijk en de afstemming met ketenpartners.
 - **Inbedding:** Bijvoorbeeld ACP als vast bespreekpunt bij het GPO en/of kernteam overleg.
 - **Gespreksvoering:** Bijvoorbeeld een getrapt model met een voor- bereidend gesprek door de POH, mits voldoende opgeleid, vaardig en passend geacht. Een vervolgesprek door de praktijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist of de huisarts. NB: De huisarts blijft als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor het individuele behandelbeleid.
 - **Communicatie:** Het vastleggen van de afspraken en de afstemming met de ketenpartners?
 - Proces bij wijzigingen/vervolgesprekken.
 - Betrek zo nodig een specialist ouderengeneeskunde (SO), die veelal ervaren zijn in het voeren van ACP gesprekken.
- Voorlichting patiënten, denk aan:
 - Wachtkamerfilm '[praat op tijd over uw levenseinde](#)'
 - Of '[weet u wat u wilt](#)'
 - Genero wensenboekje '[in gesprek over de dag van morgen](#)'
 - Informatie op de website [Thuisarts](#)
 - E-book '[spreek tijdig over uw levenseinde](#)'
 - Checklist KNMG '[Praat op tijd met de dokter over uw levenseinde](#)'

NB: In het informatiemateriaal wordt veelal gesproken over 'levenseinde'. ACP is echter breder en gaat voornamelijk (ook) over levensdoelen.

Stap 2 • Bepaal de doelgroep

Denk aan de oudere:

- Met vragen over de zorg rond het levenseinde.
- Die als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd.
- Waarbij een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie.
- Waarbij te verwachten is dat hij/zij binnen een jaar zal overlijden (een hulpmiddel hierbij is de surprise question "Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?").
- Die wordt 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 (diagnose MCI of dementie);
 - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.

Stap 3 • Uitnodigen van patiënt voor een (voorbereidend) gesprek

Nodig de patiënt uit voor het gesprek:

- Geef een korte (mondelinge) uitleg over de procedure en reden van gesprek (benut desgewenst [informatie brief patiënt](#))
- Laat de patiënt een dubbele afspraak maken.
- Verstrek informatiemateriaal over ACP (zie stap 1) en adviseer dit vooraf door te nemen.
- Adviseer zo mogelijk een naaste (familie/mantelzorger) mee te nemen.
- Adviseer reeds bestaande wilsverklaringen mee te nemen.

Stap 4 • Het ACP gesprek

Praat met de patiënt en/of diens naaste(n) over:

- Wettelijk vertegenwoordiger/gevolmachtigde
- Noteer naam en telefoonnummers in het dossier
- Wensen t.a.v. onderzoek en behandeling
- Wensen t.a.v. opnames
- De aan-/afwezigheid van wilsverklaringen
- Vraag om aansluiting bij LSP
- Vraag om toestemming voor delen van informatie via VIPLive met HAP en noteer dit in het dossier

Stap 5 • Registratie

- In het HIS:**
- Episode A20 'levenseindegesprek' aanmaken: herbenoemen en noteer kort de gemaakte afspraken, geef het prioriteit 1
 - Behandelwensenformulier en/of wilsverklaringen: inscannen en koppelen aan A20
- In VIPLive:**
- Vul onder gezondheidsoverzicht het dashboard 'Advance Care Planning in' (zie voor uitleg link)
- In de praktijk:**
- Bewaar de officiële formulieren en verklaringen in een map op de praktijk
- Bij de patiënt:**
- Kopie wilsverklaring en/of verslag van gemaakte afspraken laten bewaren bij andere belangrijke documenten.
 - Laat de patiënt indien gewenst een niet-reanimerenpenning bestellen

Stap 6 • Overdracht keten

- Patiënt: heeft een schriftelijke kopie, is zelf verantwoordelijk voor communicatie naar naasten.
- Wijkverpleging, dagopvang, zorginstelling: Overdracht via ZorgDomein of tijdens een MDO
- Huisartsenpost: Bij aanmaken van ACP dashboard in VIPLive kunnen alle gemaakte afspraken ingezien worden op de HAP
- Ziekenhuis: Bij verwijzing via ZorgDomein probleemlijst met A20 meesturen en kun je eventueel het ingescande document meezenden als PDF.

Stap 7 • Actualiseren

- Jaarlijks de wilsverklaring met de patiënt updaten.
- ACP gesprek cyclisch herhalen bij veranderingen (verslechtering gezondheid, nieuwe diagnose, na ziekenhuisopname) of na een vastgestelde periode.
- Bij overlijden: map met wilsverklaringen actualiseren.