

STAPPENPLAN VOOR BESPREKING VAN VZP bij bewoners die hun wil kunnen uiten

1. introduceren van het onderwerp

- opbouwen van een vertrouwensrelatie
- nagaan van tevredenheid, levenskwaliteit in wzc
- informeren over de zorgvisie van wzc
- informeren over doel, belang en inhoud van vroegtijdige zorgplanning
- nagaan van vooraf bestaande zorgafspraken
- identificeren van meest nabij; aanbrengen van belang van aanwezigheid van familie/naaste;
- uitnodigen van bewoner voor een gesprek, zo mogelijk ook naasten
- eerste ACP gesprek plannen; kan vervolgd worden door een of meerdere gesprekken

2. Evalueren van de toekomstverwachtingen van de bewoner, van zijn visie op het levenseinde; van die van de naaste

- nagaan van de opvattingen over diagnose, ziekteverloop en prognose;
- nagaan van de opvattingen over ziek zijn en afhankelijkheid
- nagaan van lijdensdruk, definiëren van elementen die aan de basis liggen
- opsporen van misvattingen, vooroordelen, onjuiste of onvolledige informatie
- informeren en bijsturen over diagnose, ziekteverloop, prognose
- beschrijven van mogelijkheden van zorg en medische behandeling, schetsen van voor- en nadelen
- nagaan van visie op levenseinde, sterven
- identificeren van waarden, voorkeuren, zingeving
- nagaan van bezorgdheden van de bewoner tov. zijn naasten, en die van zijn naasten tov hem
- nagaan van verwachtingen voor de toekomst: bij bewoner, bij naaste
- nagaan van verwachtingen tav. zijn arts en de verzorgenden, van zijn familie

3. identificeren van zorgdoelen voor de laatste levensperiode

- faciliteren van een open gesprek over levensdoelen
- gidsen in het begrijpen van de verschillende medische en zorgopties
- bespreken van voor- en nadelen van een aantal medische interventies
- schetsen van mogelijke medische beslissingen bij het levenseinde
- beschrijven wat palliatieve zorg (en euthanasie) inhoudt
- aanreiken van adviezen voor adequate medische behandeling/zorg
- nagaan van de gewenste/ ongewenste medische zorg
- bespreken van mogelijkheid van aanduiden van vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger, helpen persoon identificeren

4. neerschrijven van resultaat ACP gesprek(ken) in documenten, terugkoppelen naar huisarts

- neerschrijven van resultaat van ACP-gesprekken in : eerste ACP verslag
- neerschrijven van namen vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger

- informeren van huisarts: bezorgen eerste ACP verslag (palliatief coördinator) aan huisarts, verzoeken tot toetsing/aanvulling door huisarts bij bewoner/familie: bespreken medische toestand, medische opties, informatie burden/benefit, eventueel advies
- aanvullen tot tweede ACP verslag door huisarts: ACP gesprekken afgewerkt

5. vertalen van ACP gesprekken naar ACP code

- ACP verslag vertalen naar een ACP code : A (Alles doen), B (Basiszorg) met/zonder hospitalisatie, C (Comfortzorg)
- neerslag van zorgcode in ACP document, te bewaren in zorgdossier, bij huisarts

6. Herzien en updaten van de zorgdoelen en opties

- regelmatig toetsen van keuzes, wensen bij bewoner, in team
- bijsturen van code bij evolutie ziekte-toestand
- wijziging code kan altijd bij acute verandering klinische toestand, na overleg met arts, team, familie

7. ACP document/code communiceren naar ziekenhuis bij eventuele opname