

Voor de wijkverpleegkundige

Stap 1. Markering



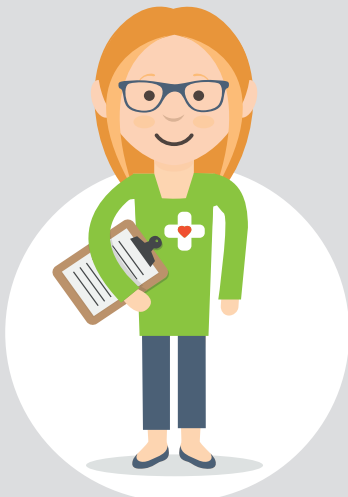
Markeren van de laatste levensfase

Markering is het moment waarop de **huisarts of medisch specialist** constateert dat een patiënt zich in de laatste levensfase bevindt. Dit is het moment dat wensen en behoeften van de patiënt met betrekking tot deze laatste levensfase in kaart worden gebracht. Ook kan dit uiteraard op verzoek van de patiënt, in een andere levensfase.

De wijkverpleegkundige is voorafgaand aan het markeren bij uitstek degene die signaleert of een patiënt een proactief zorgplan (ACP) nodig heeft. Wanneer je dit **signaleert**, kun je als wijkverpleegkundige:

- dit bespreekbaar maken bij de huisarts van de patiënt;
- inventariseren welke vragen een cliënt en mantelzorgers hebben rondom dit thema;
- de cliënt voorbereiden op het ACP-gesprek, door hierover te praten en door foldermateriaal aan te bieden.

Stap 2. In kaart brengen



In kaart brengen van wensen en behoeften

Een ACP-zorgplan omvat de volgende onderdelen;

1. **De wilsverklaring**; mag door de patiënt zelf of samen met wijkverpleegkundige, huisarts/POH, medisch specialist worden opgesteld. Dient echter altijd te worden besproken met de huisarts of medisch specialist;
2. **Het proactieve zorgplan**; opgesteld samen met de huisarts of medisch specialist;
3. **Palliatieve domeinen**; inventarisatie van de wensen en behoeften binnen de palliatieve domeinen door de **wijkverpleegkundige**, huisarts/POH, medisch specialist of gezamenlijk is wenselijk.

Palliatieve domeinen:

- a) somatische domein (fysiologisch, fysieke activiteit)
- b) zorgverlening en ADL (voeding, medicatie)
- c) sociale en financiële context (mantelzorg, relaties, woning, financiën, buurt)
- d) psychische domein (geestelijke gezondheid)
- e) existentiële of zingevingdomein (spiritualiteit)

Voor de wijkverpleegkundige

Stap 3. Vastleggen



Hoe en waar leg ik het gesprek vast?

Als de wensen en behoeften op het vlak van de verschillende palliatieve domeinen in kaart zijn gebracht, kan dit schriftelijk worden vastgelegd in het ACP-document (document Ligare). **De patiënt heeft het actuele document**, de huisarts heeft hiervan een kopie. Veranderingen in wensen e.d. moeten bij de patiënt in het dossier (thuiszorgmap) worden ingevuld door de huisarts of wijkverpleegkundige.

Als de wijkverpleegkundige **signaleert dat wensen en behoeften** van de patiënt en naasten **wijzigen**, dan dient zij dit ook aan te geven bij de huisarts.

Stap 4. Overdracht



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

Een kopie van het concept ACP-zorgplan (inventarisatie palliatieve domeinen en mogelijk een concept wilsverklaring) wordt overgedragen aan de huisartsenpraktijk. Dit kan schriftelijk of digitaal (in overleg met de huisarts).



Belangrijke-checkmomenten aanwezigheid ACP-zorgplan:

- ✓ tijdens de intake;
- ✓ na opname in het ziekenhuis of verpleeghuis;
- ✓ tijdens evaluatiemomenten;
- ✓ bij veranderingen in de gezondheidssituatie.



Voorlichtingsmaterialen

- E-book voor patiënten (Patiëntenfederatie Nederland)
- Handreiking voor zorgverleners (KNMG)
- Thuisarts.nl

Mede mogelijk gemaakt door

R|O|S Friesland



Netwerken
Palliatieve Zorg
Fryslân

