



Wegwijzer ACP

Advance Care Planning: hoe doen we dat samen?

Inhoudsopgave

Wat is Advance Care Planning	2
Waarom is ACP belangrijk	3
Met wie voer je het ACP-gesprek	4
Wanneer voer je een ACP-gesprek.....	5
Wat bespreek je tijdens een ACP-gesprek.....	6
Wie doet wat in het gezamenlijke ACP-proces	7
Vastleggen van ACP.....	8
Uitwisselen van ACP.....	9



Advance Care Planning: hoe doen we dat samen?

Deze Wegwijzer ACP is bedoeld voor alle zorgprofessionals die een rol en verantwoordelijkheid hebben in het proces van ACP. De wegwijzer biedt overzicht en handvatten om gezamenlijk met andere zorgprofessionals en de zorgvrager ACP in te zetten. Het is daarnaast een naslagwerk bij de [e-Learning ACP](#) die via de eigen organisatie beschikbaar is voor alle betrokken zorgprofessionals.

Wat is Advance Care Planning

Er is een letterlijke vertaling van Advance Care Planning (ACP), namelijk: *Vroegtijdige Zorgplanning*. De officiële Nederlandse definitie luidt: "Vroegtijdige zorgplanning stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien" (*Rietjens et al. 2018*).

Gesprek over voorkeuren en wensen

Om passende en betekenisvolle zorg en ondersteuning te kunnen bieden, is het belangrijk vroegtijdig met de zorgvrager in gesprek te gaan over wensen en voorkeuren wat betreft de huidige en toekomstige zorg en behandeling in de laatste fase van het leven. Vragen en gedachten hierover hebben vaak even tijd nodig om te landen, zeker als het gaat over levensdoelen of persoonlijke waarden.

Ook het maken van keuzes over welke zorg en behandeling nu en in de toekomst bij de zorgvrager passen, kost tijd en overweging. Vaak zijn meerdere gesprekken nodig om de wensen van de zorgvrager helder te krijgen en samen te beslissen over wat wel en niet meer gewenst is. Bovendien kunnen wensen veranderen, deze moeten dus altijd kunnen worden bijgesteld.

ACP is een continu en dynamisch proces van meerdere gesprekken, waarin verschillende thema's worden besproken en waarbij er blijvend contact is over (veranderende) behoeften, wensen, verwachtingen en doelen. In deze gesprekken wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de uitgangspunten van *positieve gezondheid*. Besluitvorming vindt gezamenlijk plaats (Samen Beslissen). De onderwerpen van deze gesprekken zijn heel divers maar altijd gericht op kwaliteit van leven. ACP sluit naadloos aan bij thema's als



persoonsgerichte zorg en het bieden van *passende zorg*. Het bouwt een brug tussen wat zorgvragers nu willen en kunnen

beslissen en het moment dat anderen dat voor hen moeten doen.

Waarom is ACP belangrijk

Voor de zorgvrager en zijn naasten levert ACP-winst op door het behoud (of terugnemen) van de eigen regie. Het biedt rust en zekerheid wanneer wensen, behoeften en verwachtingen kenbaar gemaakt zijn en daarnaar gehandeld kan worden. ACP kan ook de angst en depressie bij zorgvragers, en in het verlengde daarvan bij hun naasten, verminderen. Dit komt de kwaliteit van zorg en van het leven ten goede. Ook worden zo onnodige en ongewenste behandelingen en opnames voorkomen.



Figuur 1: ACP is een continu en dynamisch proces

Met wie voer je het ACP-gesprek

Het ACP-gesprek hoeft niet altijd alleen om het levenseinde te gaan. Het gaat óók over wat te doen als (zelfstandig) functioneren op termijn niet meer lukt en de patiënt op dat moment niet in staat zal zijn een weloverwogen keuze te maken. ACP-gesprekken worden bij voorkeur gevoerd voordat een acute verslechtering optreedt en deze keuzes niet meer of alleen onder tijdsdruk gemaakt kunnen worden.

Doelgroep voor ACP-gesprekken zijn patiënten:

- met vragen over de zorg rond het levenseinde
- die als kwetsbare oudere worden geïdentificeerd
- waar een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie
- waarbij een ernstige diagnose wordt gesteld
- die starten met palliatieve zorg

- met een verhoogde kans op ernstige hart- of ademhalingsproblemen
- met (beginnende) cognitieve beperkingen
- waarbij er een risico aanwezig is dat de persoon op korte termijn wilsonbekwaam wordt
- met een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit
- van 70 jaar en ouder met comorbiditeit en een afnemende somato psychische vitaliteit
- waarvan te verwachten is dat ze binnen een jaar zullen overlijden (surprise question)

Binnen deze doelgroepen is het verstandig te starten met de groep kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag (kwetsbaar complexe ouderen).



Wanneer voer je een ACP-gesprek

Een gesprek over persoonlijke vraagstukken kan zomaar ontstaan. Door de actualiteit, een bericht in de krant of een gebeurtenis. De zorgvrager uit misschien zijn angst of zorgen. Dit zijn mooie momenten om de zorgvrager te vragen of hij/zij het prettig zou vinden om stil te staan bij de eigen wensen, behoeften en verwachtingen.

Ook kunnen zorgprofessionals het gesprek actief opstarten. Er zijn voorbeeldzinnen hoe dit aan te pakken [beschikbaar](#).

Want het is belangrijk een ACP-gesprek op te starten met de juiste boodschap. Bijvoorbeeld: We vinden het belangrijk om van u te weten hoe u uw verzorging en behandeling in de toekomst ziet. Wat is voor u belangrijk? En hoe kunnen we u helpen om zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven? We kunnen hierover met u praten en uw wensen en de

afspraken die we maken vastleggen, zodat niet alleen wij, maar ook andere zorgverleners en uw naasten weten wat u wil. We vinden het belangrijk om daar tijd voor te maken en een afspraak te plannen. Zijn er mensen die u hierbij aanwezig wilt hebben?

Om keuzes te kunnen maken over de zorg en ondersteuning in de huidige en toekomstige situatie, moeten zorgvragers en naasten inzicht hebben in:

- De gezondheidssituatie van de zorgvrager
- De diagnose, het ziektebeeld en het mogelijke verloop
- De mogelijkheden voor passende zorg thuis en de grenzen die er daarbij zijn
- Welke zorgverleners betrokken zijn bij ACP

Voor zorgprofessionals is het daarnaast belangrijk ook zicht te hebben op de mogelijke inzet van mantelzorger(s).



Wat bespreek je tijdens een ACP-gesprek

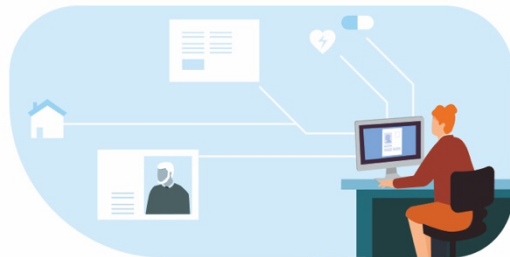
De onderwerpen die besproken worden tijdens een ACP-gesprek vallen uiteen in twee delen. Het eerste deel, het ACP-gesprek over levenswensen, is gericht op kwaliteit van leven en de zorgbehoeften van de patiënt. Het tweede deel, het ACP-gesprek over behandelwensen, behandelgrenzen en wilsverklaringen, richt zich op behandelkeuzes.

Hier worden wensen, doelen en voorkeuren voor zorg en behandeling rond het levenseinde besproken en vastgelegd.

Dit proces loopt vooruit op het moment dat een zorgvrager zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Voor beide delen van het ACP-gesprek is een gespreksleidraad ontwikkeld.

1) [Gespreksleidraad levenswensen](#)

2) [Gespreksleidraad behandelwensen en -grenzen](#)



Aandachtspunten

- Stem het gesprek af op het vermogen van de zorgvrager om keuzes te kunnen maken.
- Voer deze gesprekken zoveel mogelijk met de zorgvrager en een naaste.
- Motiveer de zorgvrager/naaste zich voor te bereiden op het gesprek. Dit kan door het meegeven van de [folder over ACP](#).
- Neem de tijd voor het gesprek en laat dat ook aan de zorgvrager merken.
- Zorg voor een open houding met respect voor de mening, normen, waarden en culturele achtergrond van de zorgvrager. Ga niet uit van je eigen normen, waarden en referentiekader.
- Let goed op luisteren, doorvragen en samenvatten. Laat ook stiltes vallen om de zorgvrager/naaste ruimte te geven.
- Niet alle vragen hoeven in één gesprek besproken te worden. Dit is bijvoorbeeld afhankelijk van wat de patiënt kan en wil, wie het gesprek voert en hoeveel tijd er nodig is voor een goed gesprek.
- Het is mogelijk dat verschillende professionals een gedeelte van het gesprek voeren. Zorg altijd voor een juiste vastlegging en overdracht.
- Wensen kunnen altijd veranderen. Maak dus goed duidelijk dat de zorgvrager op elk moment zijn/haar veranderde wensen kan bespreken met een zorgprofessional. Gezamenlijk kunnen dan de vastgelegde wensen worden aangepast.



Wie doet wat in het gezamenlijke ACP-proces

Bij ACP zijn verschillende zorgprofessionals in de keten betrokken. Hierdoor is afstemming over taken en verantwoordelijkheden én het zorgen voor goede uitwisseling van uitkomsten van ACP-gesprekken erg belangrijk.

Voor **thuiswonende zorgvragers** spelen de **wijkverpleegkundige, casemanager dementie en praktijkondersteuner van de huisarts** een belangrijke rol in de verkenning en het vaststellen van zorgbehoeften (ACP levenswensen). Ook kunnen zij het ACP-gesprek over behandelwensen en -grenzen voorbereiden met de zorgvrager, zodat de huisarts daar weer op door kan pakken. De **huisarts is als hoofdbehandelaar** namelijk eindverantwoordelijk voor het vaststellen van individuele behandelwensen en medisch beleid (behandelwensen en -grenzen).

In veel gevallen zal de verzorgende of huishoudelijke hulp die regelmatig contact heeft met de zorgvrager de eerste signalen over eventuele behoefte aan of noodzaak tot een gesprek over ACP opvangen en vervolgens het ACP-gesprek over levenswensen opstarten. De verzorgende geeft het stokje dan weer door aan de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kan het signaal van de verzorgende bespreken in het kernteam/MDO. Daar kan dan afgesproken worden wie het proces van ACP verder oppakt.

Tussen eerste en tweedelij

Als een patiënt bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen (veelvuldig) in de tweede lijn komt (denk aan cardioloog, longarts, oncoloog, geriater) kunnen de ACP-gesprekken ook in de tweede lijn opgepakt worden door de betreffende medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Dit gebeurt vooral als de aandoening waarvoor de patiënt in de tweede lijn komt, het grootste probleem is van de patiënt. De nadruk in deze gesprekken zal vooral liggen op de mogelijke behandelopties van de aandoening en de gevolgen daarvan voor de patiënt (behandelwensen en -grenzen) en veel minder op de levenswensen. Het is belangrijk de medisch specialist vooraf te informeren over eventuele afspraken die al in de eerstelijns zijn gemaakt. Omgekeerd informeert de medisch specialist de huisarts van de zorgvrager weer over het gevoerde ACP-gesprek en de uitkomst daarvan. De huisarts kan hierop dan weer voortborduren.

Overdrachtsbrief

Zodra een patiënt uitbehandeld is in de tweedelij, verwijst de medisch specialist de patiënt terug naar de huisarts. Zeker op dat moment is het heel belangrijk dat in de overdrachtsbrief een duidelijk advies van de



medisch specialist naar de huisarts staat. Waaruit duidelijk blijkt wat wel/niet meer kan wat betreft behandeling en waarom. Alleen dan kan de huisarts goed geïnformeerd het ACP-gesprek met de patiënt oppakken en bespreken wat de patiënt graag wil qua zorg en ondersteuning.

Indien de **patiënt niet meer thuis woont**, en de **specialist ouderengeneeskunde** de hoofdbehandelaar is, voert hij/zij de ACP-gesprekken, eventueel met ondersteuning vanuit **verpleegkundig specialisten/physician assistants en verpleegkundigen**.

Ook kunnen andere professionals, die regelmatig contact hebben met de zorgvrager, de eerste signalen over behoefte aan een ACP-gesprek opvangen en het gesprek over levenswensen opstarten. Dat zijn de eerstverantwoordelijk verzorgende, de contactverzorgende of maatschappelijk werk. Zij kunnen het stokje dan weer doorgeven aan bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist.

Voor professionals werkzaam op de huisartsenpost, bij de ambulancevoorziening, de SEH en op de intensive care is het vooral belangrijk dat zij de uitkomsten van ACP-gesprekken over

behandelwensen en -grenzen en eventuele bijbehorende wilsverklaringen gemakkelijk in kunnen zien.

[In de tabel](#) zijn de verschillende rollen en verantwoordelijkheden bij ACP samengevat.

In de samenwerking bij ACP is het heel **belangrijk elkaar te informeren en het stokje bewust aan elkaar over te dragen**. Uiteraard is het hierbij belangrijk ook de zorgvrager en zijn naaste zoveel mogelijk rol te geven, zodat de zorgvrager ook in het proces van ACP zelf regie kan houden.

Vastleggen van ACP

De verschillende bij ACP betrokken zorgprofessionals en organisaties werken in verschillende elektronische patiënten/cliënten dossiers. Helaas is er (nog) geen eenvoudige digitale manier om uitkomsten van ACP-gesprekken over te nemen uit elkaars dossier of bij elkaar

het dossier in te kunnen zien. Daarom organiseren we dit voorlopig op een andere manier.

Er zijn instructies voor alle verschillende in gebruik zijnde elektronische patiënten/cliënten dossiers gemaakt. [Bekijk de](#)



[instructie](#) voor het dossier waarin jij werkt en leg de uitkomsten van ACP altijd op de beschreven manier vast in het dossier.

Voordat je zaken vastlegt, is het belangrijk om altijd bij de zorgvrager/naaste te toetsen of het klopt wat je vastlegt.

Uitwisselen van ACP

Voordat je de uitkomsten van ACP met andere bij de zorgvrager betrokken zorgprofessionals kunt delen, is het **belangrijk daarvoor toestemming van de zorgvrager (of de vertegenwoordiger) te krijgen**. Alleen als hiermee wordt ingestemd, kun je de uitkomsten delen. Uiteraard is deze uitwisseling in het belang van de zorgvrager. Hoe bekender zijn/haar wensen en de gemaakte afspraken zijn, hoe beter de zorg daarop kan aansluiten.

Wie je vervolgens informeert over de ACP uitkomsten, is afhankelijk van welke zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorgvrager. En wie van deze professionals de afspraken horen te kennen. [De tabel met de rollen en verantwoordelijkheden](#) kan daarbij weer helpen.

Ook voor het uitwisselen zijn er instructies voor de verschillende in gebruik zijnde elektronische patiënten/cliënten dossiers gemaakt. [Bekijk de instructie](#)

Daarnaast is het belangrijk bij de zorgvrager/naaste het belang te benadrukken om hetgeen afgesproken is ook te delen met andere voor de zorgvrager belangrijke personen.

[voor het dossier waarin jij werkt](#) en wissel de uitkomsten van ACP altijd op de beschreven manier uit.

Goed vastleggen

Uitwisselen kun je digitaal doen, maar het is daarnaast ook belangrijk dit mondeling te doen, door bespreking in het kernteam of tijdens een MDO. Je kunt dan, indien nodig, gezamenlijk het zorgbehandelplan en de opgestelde doelen aanpassen op basis van de levenswensen en daarna de concrete acties vaststellen en deze evalueren.

Als je informatie over ACP ontvangt van andere professionals, is het belangrijk die ook goed vast te leggen in je eigen elektronische patiënten/cliënten dossier. Bekijk ook hiervoor de instructie voor het dossier waarin jij werkt en leg informatie van andere professionals over ACP altijd op de beschreven manier vast.



ACP Toolbox op www.acptoolbox.nl

In deze wegwijzer wordt gelinkt naar verschillende hulpmiddelen om het proces van ACP op de juiste manier te doorlopen. In onderstaande tabel zijn deze tools overzichtelijk bij elkaar gezet. Ook zijn hierin nog andere tools opgenomen, die kunnen helpen bij het voorbereiden op en voeren van ACP-gesprekken. De opgenomen instrumenten zijn onderverdeeld in instrumenten voor professionals en instrumenten voor patiënten/naasten.

Wat	Waar te vinden
Hoe start je het gesprek op?	
Voorbeeldzinnen ACP levenswensen	https://acptoolbox.nl/wp-content/uploads/2023/01/Voorbeeldzinnen-gesprek-over-levenswensen-v1.pdf
Voorbeeldzinnen ACP behandelwensen en -grenzen	https://acptoolbox.nl/wp-content/uploads/2023/01/Voorbeeldzinnen-gesprek-over-behandelwensen-en-grenzen-v1.pdf
Wat vraag je tijdens een ACP-gesprek?	
Gespreksleidraad ACP levenswensen (interactief)	https://acptoolbox.nl/wp-content/uploads/2023/01/Gespreksleidraad-levenswensen-v1.pdf
Gespreksleidraad ACP behandelwensen en -grenzen (interactief)	https://acptoolbox.nl/wp-content/uploads/2023/02/Gespreksleidraad-behandelwensen-en-grenzen-v1.pdf
Wie doet wat?	
Tabel rollen en verantwoordelijkheden	https://acptoolbox.nl/wie-doet-wat/
Instructies voor vastleggen ACP	



Instructies over vastleggen ACP, met onderscheid in ACP levenswensen + ACP behandelwensen en -grenzen	https://acptoolbox.nl/instructies-vastleggen-en-uitwisselen-van-acp/ Selecteer je organisatie
Instructies voor uitwisselen ACP	
Instructies over uitwisselen ACP, met onderscheid in ACP levenswensen + ACP behandelwensen en -grenzen	https://acptoolbox.nl/instructies-vastleggen-en-uitwisselen-van-acp/ Selecteer je organisatie
Instructies voor vastleggen informatie ACP van andere zorgprofessionals	
Instructies over vastleggen informatie ACP van andere zorgprofessionals, met onderscheid in ACP levenswensen + ACP behandelwensen en -grenzen	https://acptoolbox.nl/instructies-vastleggen-en-uitwisselen-van-acp/ Selecteer je organisatie
Vorbereiding van zorgvragers/naasten	
Folder voor zorgvragers	https://acptoolbox.nl/wp-content/uploads/2023/02/ACP-Het-gesprek-web.pdf
Keuzehulp Wensen voor zorg en behandeling (Thuisarts)	www.thuisarts.nl/wensen-voor-zorg-en-behandeling
Wensenboekje 'In gesprek over de dag van morgen'	www.gene-ro.com/acp
Scholing ACP	
e-Learning ACP	https://acptoolbox.nl/e-learning/
e-Learning Samen beslissen bij geriatrie	https://nl.dialoguetrainer.app/module/samenbeslissengeriatrie-open/modules/
Veel gestelde vragen	https://acptoolbox.nl/veelgestelde-vragen/

