

# Transmuraal Zorgpad voor de palliatieve patiënt

Netwerken Palliatieve Zorg (NPZ) Groningen

# Zorgpad

## Introductie



Klik op het onderdeel van het Zorgpad voor meer informatie.

## Introductie

### Aanleiding

Dit zorgpad heeft als onderlegger het [kwaliteitskader palliatieve zorg](#) en is gebaseerd op zorgpaden die elders in het land al worden gebruikt.

Palliatieve zorg is [interdisciplinaire](#) zorg en vraagt afstemming, goede overdracht en communicatie teneinde de patiënt en zijn/haar naasten zo goed mogelijk te ondersteunen in de palliatieve fase. Dit wenselijke zorgpad geeft handvatten om de [missie en uitgangspunten](#) zoals geformuleerd door de netwerken, de komende jaren verder vorm te geven. Het expliciteert op hoofdlijnen wat wiens taak/rol is in welke fase en waarom. Tevens zijn instrumenten en methodieken genoemd welke kunnen helpen.

*Definitie Palliatieve zorg in het [Kwaliteitskader](#) (gemodificeerd WHO 2002)*

*Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van [fysieke, psychische, sociale en spirituele](#) aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.*

*Bron: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)*

Met het zorgpad beogen we:

- de wensen van de patiënt en diens naasten te erkennen en ondersteunen omtrent waardigheid gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood. Zij zijn de spil waar de zorg omdraait.
- te werken conform het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- meer bewustwording ten aanzien van signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven en sterven.
- de zorg samen met de patiënt en naasten vormgeven.
- meer preventief en proactief werken i.p.v. reactief handelen.
- verbetering van continuïteit van zorg door verstevigen overdracht en samenwerking tussen verschillende disciplines.
- verbeterde en eenduidige werkafspraken en protocollen.

Naast bovengenoemde toelichting wordt in het Kwaliteitskader ook expliciet aandacht besteed aan de [mantelzorger](#) en [culturele achtergrond](#).

## Signalering en markering van de palliatieve fase

### Waarom

Vroegtijdige signalering en markering van de palliatieve fase bij een levensbedreigende aandoening of bij kwetsbaarheid, draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënten en naasten.

### **Kwaliteitskader standaard**

*Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend. Vroege herkenning van de palliatieve fase- en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren- vergt een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. Dit in tegenstelling tot een behandeling waarvan de belasting en bijwerkingen noodzakelijkerwijs worden geaccepteerd vanwege de beoogde doelstelling tot genezing. Een dergelijke verandering van doelstelling moet worden gemarkeerd en geëxpliciteerd.*

### Wie

Signalering kan in principe door iedereen (professionals, patiënt, naaste etc.) plaatsvinden. Het daadwerkelijke markeringsgesprek vindt plaats door de behandelend arts.

### Wat

Signalering is nodig, om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door vroegsignalering kunnen patiënten en zorgverleners tijdig anticiperen op te verwachte (zorg)problemen.

### Hoe

Degene die signaleert bespreekt dit met de behandelend arts. De patiënt en diens naaste(n) worden niet zomaar met het scenario dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou kunnen overlijden geconfronteerd. De behandelend arts exploreert in hoeverre zij daarvoor openstaan en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken. Vervolgens bepaalt de arts of het signaal leidt tot een markeringsgesprek met de patiënt en naaste(n). Zo ja, dan volgt het markeringsgesprek(ken). Zo nee dan blijft de behandelend arts monitoren. Na het markeringsgesprek onderneemt de behandelend arts acties om de palliatieve zorg op te starten. Hieronder vallen acties als proactieve zorgplanning, het maken van een individueel zorgplan en inzet verpleegkundige palliatieve zorg. Het is niet alleen van belang om het laatste jaar van de palliatieve fase te markeren; ook dient de markering van de vaak geleidelijke overgang van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase plaats te vinden.

## Hulpmiddelen

### Meetinstrumenten:

- [RADPAC](#)
- [SPICT-NL](#)
- [Clinical Frailty Scale \(of GFI\)  \$\geq 4\$](#)
- [Palli vragenlijst verstandelijk gehandicaptenzorg](#)
- [Beknopte Handleiding VB-Kwetsbaarheidsindex](#)
- [Landelijke leidraad ACP](#)

### Methodieken:

- [Signalering in de palliatieve fase](#)
- [Besluitvorming in de palliatieve fase](#)
- [PaTz](#)

### Folder

- [Behandelbeperkingen](#)
- [Tijdig praten over levenseinde](#)

### Overige hulpmiddelen:

- [Handreiking slechtnieuwsgesprek](#)
- [Surprise question](#)
- [KNMG Webdossier Spreken over het levenseinde](#)
- [Spinnenweb positieve gezondheid](#)
- [STEM](#)
- [Keuzehulp](#)

Ook gebruik maken van de expertise van [Pharos](#) bijvoorbeeld het omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden en interculturele communicatie.

# Start Proactieve zorgplanning en inzet verpleegkundige palliatieve zorg

## Waarom

Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) heeft een positief effect op zowel het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg en diens naasten (tevredenheid) als op het gezondheidssysteem (doelmatigheid). Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van de gezamenlijke besluitvorming. Proactieve zorgplanning is veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger.

### **Kwaliteitskader standaard**

*Proactieve zorgplanning wordt tijdig (zie markeren) en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan.*

*Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.*

## Wie

De hoofdbehandelaar en de verpleegkundige palliatieve zorg/zorgcoördinator maken, in samenspraak met de patiënt, afspraken over wie het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en hoe de afstemming geregeld wordt.

## Wat

Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverleners kunnen hier al vroeg in het ziekteverloop mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt. Passende voorlichting over de aard van de ziekte of kwetsbaarheid en prognose komen aan de orde. (Niet-) behandelmogelijkheden komen aan de orde met voor en nadelen afgewogen in de context van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt. Er is aandacht voor de 4 dimensies. Dit met respect voor de gewenste mate van openheid en eerlijkheid in de informatievoorziening. Proactieve zorgplanning is een continu proces. Gezamenlijke besluitvorming vormt het uitgangspunt voor het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning). Het moet gezien worden als de basis voor het individuele zorgplan. Hierin kan ook opgenomen worden of een opname in het ziekenhuis nog zinvol is, en zo nee om dit te communiceren met de doktersdienst en/of de ambulancedienst.

## Hoe

- Afstemming tussen huisarts en medisch specialist wie de hoofdbehandelaar is, taakverdeling en bereikbaarheid vastleggen.
- De hoofdbehandelaar schakelt de VPZ rechtstreeks in of via het transferbureau, verwijzing kan ook zonder inzet van zorg.
- VPZ legt contact met patiënt en houdt contact met de hoofdbehandelaar.

# Instrumenten en methodieken

## Meetinstrumenten

- [Lastmeter](#)
- [Utrechts Symptoom Dagboek \(USD\)](#)
- [GFI: GRONINGEN FRAILITY INDICATOR](#)

## Meetinstrumenten mantelzorg:

- [Ervaren Druk door Informele Zorg \(EDIZ\)](#)
- [Self-rated Burden Scale \(SRB\)](#)

## Overige hulpmiddelen:

- [Stappenplan ACP \(Friesland\)](#)
- [Individueel Zorgplan \(IZP\) /proactief zorgplan](#)
- [Stroomschema inzet verpleegkundige palliatieve zorg \(nog ontwikkelen\)](#)
- [Gezamenlijke besluitvorming](#)
- [Gesprekswijzer voor proactieve zorgplanning bij Dementie](#)
- [Gesprekshulp voor de late fase van de ziekte van Parkinson](#)
- [Leidse Gesprekshulp](#)

## Folder:

- [Boekje voor de VG](#)
- [Wensenboekje](#)

## Coördinatie en continuïteit van zorg

### Waarom

Naast alles wat het ziek zijn al met zich meebrengt, staat een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid met diens naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. Een uitdaging hierin wordt gevormd door een complex en gefragmenteerd zorgsysteem, waarin afgestemd moet worden tussen meerdere zorgverleners, diverse zorgsettingen en vele diagnostische en behandelinterventies. Passende palliatieve zorg vergt kennis delen over wat voor de patiënt en naasten belangrijk is, zoals wensen patiënt/naasten over kwaliteit van leven en van sterven, heroverweging medicatie/beleid, bezoek hospice ter oriëntatie, gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden, ondersteuning door geestelijk verzorger en met de notaris gesprekken over een testament ed.

### **Kwaliteitskader standaard**

*Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.*

### Wie

Met de patiënt en naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Duidelijk is wie de hoofdbehandelaar en de centrale zorgverlener is. Er zijn gespecialiseerde teams palliatieve zorg beschikbaar voor ondersteuning van de betrokken zorgverleners en waar nodig worden vrijwilligers ingezet.

### Hoe

De multidimensionele benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, waar de patiënt eigenaar van is, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel (voor elke patiënt is een centrale zorgverlener beschikbaar; dat zou bijvoorbeeld kunnen zijn de huisarts, de VPZ, de oncoloog, je oudste zus...).



## Instrumenten en methodieken

### Folder:

- [Ziek word je niet alleen](#)

### Overige hulpmiddelen:

- [KNMG Webdossier Spreken over het levenseinde](#)
- [Verenso handreiking multidisciplinair overleg](#)
- [Individueel Zorgplan \(IZP\)](#)
- [www.gvthuis.nl](http://www.gvthuis.nl)
- [Drie vragen uit de richtlijn spirituele zorg](#)
  1. Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment?
  2. Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties? (familie, levensbeschouwing, muziek)
  3. Wie zou u graag bij u willen hebben? Door wie zou u gesteund kunnen worden?
- [PPTG](#)
- [Stroomschema inzet VPZ](#) (in ontwikkeling)
- [PaTz](#)

## Markering terminale fase

### Waarom

Wanneer de dood daadwerkelijk binnen enkele maanden tot weken in zicht is, spreekt men van de terminale fase. In de terminale fase worden maatregelen getroffen om de laatste levensfase van de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen en de patiënt kan overlijden op plaats van voorkeur, waarbij onnodige behandelingen en/of transities wordt voorkomen.

### Wie

Hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n).

### Wat

Er is vastgesteld dat de laatste fase van het leven is aangebroken (weken of maanden).

Mogelijke bespreekpunten met patiënt en naasten:

- Gewenste plaats van overlijden
- Uitleg over symptomen en de behandeling daarvan
- Eventuele scenario's van overlijden
- Beslissingen rond het levenseinde; afzien van ongewenste levensverlengende behandelingen, beleid ten aanzien van eventuele reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie, wel of geen ziekenhuisopname
- Ondersteuning mantelzorg
- Respijt zorg
- Wensambulance
- Inzet vrijwilligers palliatief terminale zorg

# Markering terminale fase

## Instrumenten en methodieken

### Hulpmiddelen

- [Thuisarts ik heb niet lang meer te leven](#)
- [Bewust stoppen met eten en drinken](#)
- [Zorgkiezen in de regio](#)

### Folder:

- [Wat als je je leven verliest](#)
- [Wensen voor het leven in de laatste fase](#)

### Overige hulpmiddelen:

- [Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn](#)
- [Euthanasie en hulp bij zelfdoding](#)
- [Medische beslissingen rondom het levenseinde bij verstandelijk beperkten](#)

## Markeren stervensfase

### Waarom

Zorg voor de patiënt in de stervensfase is intensieve zorg. Essentieel hierbij is herkenning en erkenning van het naderend sterven van de patiënt door de zorgverleners en goede communicatie hierover met de patiënt en diens naasten. Aandacht voor de waarden en wensen van de patiënt, een plan voor goede symptoombestrijding gedurende deze fase en aandacht voor zorg direct na het overlijden, verminderen angst en brengen rust voor alle betrokkenen. Het is dan ook belangrijk dat afspraken hierover zijn vastgelegd in het individueel zorgplan of in het Zorgpad stervensfase en dat dit (elektronisch) beschikbaar is bij de patiënt.

### **Kwaliteitskader standaard**

*Patiënten in de stervensfase worden tijdig herkend. Het individueel zorgplan wordt hierop aangepast of het Zorgpad Stervensfase wordt gestart.*

### Wie

Alle betrokken zorgverleners en vrijwilligers in samenwerking met de naasten.

### Hoe

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg. Voor patiënten in de stervensfase zijn met name de volgende aspecten van belang: adequate verlichting van pijn en andere symptomen, het vermijden van een onnodig lange stervensduur, het behouden van een gevoel van controle over het eigen leven, het nemen van duidelijke beslissingen door zorgverleners, het voorbereid worden op het sterven, de mogelijkheid krijgen het leven af te ronden en het versterken van de band met de naasten. Naasten geven aan dat zorgverleners bekend dienen te zijn met de complexe eisen die aan mantelzorgers worden gesteld en met hun behoefte aan informatie en professionele deskundigheid.

# Markering stervensfase

## Instrumenten en methodieken

### Meetinstrumenten mantelzorg:

- [Ervaren Druk door Informele Zorg \(EDIZ\)](#)
- [Self-rated Burden Scale \(SRB\)](#)

### Richtlijnen:

- [Zorg in de stervensfase](#)
- [Palliatieve sedatie](#)

### Folder:

- [Stervensfase](#)
- [Wat als het einde nabij is](#)

## Organiseer zorg rondom het overlijden

### Waarom

De naasten ervaren ruimte om op een voor hun gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen. Hen wordt gevraagd of zij de laatste zorg aan hun dierbare willen geven. Indien zij dit wensen, worden zij hierbij ondersteund door zorgverleners. De naasten wordt de gelegenheid geboden om levensbeschouwelijke of cultuurspecifieke rituelen uit te voeren. Indien gewenst kunnen zij daarbij ondersteund worden.

### **Kwaliteitskader standaard**

Zorg na het overlijden is respectvol en doet eer aan de waardigheid, cultuur en levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt en diens naasten. De naasten ervaren ruimte om op een voor hun gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen. Hen wordt gevraagd of zij de laatste zorg aan hun dierbare willen geven.

### Wie

Alle betrokken zorgverleners, in het bijzonder de behandelend arts in de tweede-of eerstelijns, worden zo snel mogelijk geïnformeerd door de hoofdbehandelaar over de stervensfase of het overlijden van de patiënt. Persoonlijk telefonisch contact gaat, bij voorkeur, vooraf aan een schriftelijk bericht.

### Hoe

Het is belangrijk dat de zorgverlener zich ervan bewust is dat met het overlijden de naaste een nabestaande is geworden en de zieke- en ziektegerichte aandacht komt te vervallen. De periode die ligt tussen overlijden en de laatste zorg aan de overledene (het afleggen) biedt nabestaanden de gelegenheid voor een 'adempauze' en de mogelijkheid om de laatste eer te bewijzen en dankbaarheid te tonen. In institutionele zorgsituaties biedt de zorgverlener de nabestaanden de gelegenheid om op een persoonlijke manier afscheid te nemen door rust te creëren en tijd te geven. Kort na het overlijden heeft de arts samen met de verpleegkundige een gesprek met de nabestaanden. Hierin kunnen door de arts ook obductie en orgaandonatie (indien mogelijk) benoemd worden.

# Organiseer zorg rondom overlijden

## Instrumenten en methodieken

### Overige hulpmiddelen:

- [Rituelen rondom sterven en rouw](#)
- [Uitvaart regelen](#)

## Organiseer zorg na overlijden

### Waarom

Rouw is het geheel van fysieke, emotionele, cognitieve, spirituele, existentiële en gedragsmatige reacties die optreden rondom het naderend overlijden of na het verlies van een dierbaar persoon. Vaak ervaren zowel de patiënt als diens naasten al gevoelens van rouw tijdens het ziekteproces. Het betreft dan rouw om verlies van gezondheid en functionele autonomie en anticipatoire rouw over het naderend overlijden. Veelal kent rouw voor nabestaanden een natuurlijk, ongecompliceerd verloop. Probleematische (complexe) rouwverwerking daarentegen kan verstrekende gevolgen hebben. Het niet adequaat verwerken van verlies gaat dan gepaard met het uit de weg gaan van dat verlies, het aanhoudend in beslag genomen worden door het verlies of het er niet in slagen een nieuwe invulling aan het leven te geven, soms tot nog vele jaren later. De realiteit van het verlies wordt niet aanvaard. Een dergelijke ontwikkeling vraagt om aandacht, danwel begeleiding of een (specifieke) interventie.

### **Kwaliteitskader standaard**

*De patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en (anticipatoire) rouw. Waar nodig of gewenst dient professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk te zijn. Hierbij wordt extra aandacht geschonken aan nabestaanden die zich in een afhankelijkheidspositie van de patiënt bevinden.*

### Wie

Iedere zorgverlener en vrijwilliger dient aandacht te hebben voor rouw en verlies. De behandelend arts en centrale zorgverlener hebben een belangrijke rol in het spreken met de patiënt en diens naasten gesproken over het aanstaande verlies, het belang van goed afscheid nemen, (anticipatoire) rouw en welke reacties daarbij kunnen voorkomen. Experts zoals geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters en rouwtherapeuten zijn beschikbaar voor verwijzing in situaties van (dreigende) complexe rouw.

### Hoe

In gesprekken met patiënt en naasten wordt gesproken over verlies en mogelijkheden voor ondersteuning. Na overlijden wordt tijd en aandacht besteed aan de naasten en de familie om troost en steun te bieden bij het verwerken van het verlies. Deze aandacht is passend bij de sociale, culturele en spirituele rituelen en gebruiken van de patiënt en diens naasten. Er wordt een nagesprek aangeboden en zorgverleners en vrijwilligers verlenen ondersteuning bij verlies en (complexe) rouw aan de nabestaanden. Bij (dreigende) complexe rouw wordt verwezen naar experts.



# Organiseer zorg na overlijden

## Instrumenten en methodieken

### Meetinstrumenten:

- [Vragenlijst rouw](#)

### Overige hulpmiddelen:

- [Richtlijn rouw](#)
- [LSV Hulp en advies bij rouw en verlies](#)

### Folders:

- [Uw partner is overleden. Of uw kind. Of een goede vriend...](#)
- [Een dierbare verliezen](#)
- [Bij overweging rouwzorg: zie folder Groningen](#)

## Inzet specialistische expertise

### Inzet Verpleegkundigen palliatieve zorg

*nog ontwikkelen*

### Palliatieve teams in de ziekenhuizen zijn bereikbaar tijdens kantooruren

☎ Martinizekenhuis Groningen  
050-524 65 10

☎ Ommelander Ziekenhuis Groningen in Scheemda  
088-066 10 00

☎ UMCG  
06-52 72 45 97

### IKNL consultatieteam PPTG

Het IKNL consultatieteam adviseert en ondersteunt de professionele zorgverleners zodanig dat zij in staat zijn de palliatieve zorg te optimaliseren daar waar de cliënt zich bevindt. De consultants denken met u mee en nemen de zorg niet over. U krijgt, op werkdagen, binnen 24 uur antwoord op uw vraag.

### Groningen

☎ Provinciaal Palliatief Team Groningen (PPTG)  
088-123 24 55 (op werkdagen dienst tot 23.00 uur, daarna de landelijke achterwacht)

### Hulp bij zingeving en levensvragen

 [www.gvthuis.nl](http://www.gvthuis.nl)

Zin in het leven is net zo belangrijk als ademen of eten. Zin geeft grond onder je voeten en moed om moeilijke dingen te doen. Heel 'gewoon' en tegelijk 'bijzonder'. Dat merk je als er iets gebeurt en je de balans kwijt bent. Bijvoorbeeld door ziekte, onzekerheid, verlies, onmacht, gevoelens van onveiligheid, relatieproblemen, (religieuze) levensvragen of als je niet meer beter wordt. Je verhaal lijkt niet meer te kloppen. Je vindt de aansluiting niet meer. Het lijkt wel of je opnieuw moet uitvinden wie je bent en waar je voor wilt gaan.

Geestelijk verzorgers kunnen je daarbij ondersteunen. Door aandachtig te luisteren naar je verhaal en vragen te stellen. Dat schept ruimte om de balans op te maken, zin en betekenis opnieuw te ontdekken. Gaandeweg verken je dat. Je komt weer in contact met jezelf, je eigen levensverhaal.

### Artsensteunpunt levenseinde kinderen

Het steunpunt richt zich op artsen die raad nodig hebben over de behandeling, beperkingen in de behandeling of beslissingen over het levenseinde van kinderen. Ook kunnen artsen die na het overlijden van een kind behoefte hebben aan een gesprek over procedure, verloop en emoties terecht bij het artsensteunpunt.

 [www.kinderpalliatief.nl](http://www.kinderpalliatief.nl)

### Expertisecentrum Euthanasie

Heeft u advies of begeleiding nodig bij een euthanasieverzoek? De consultants euthanasie kunnen uw vragen beantwoorden, informatie geven of u begeleiden tijdens het euthanasietraject. Ook met overige vragen kunt u bij het expertisecentrum terecht. 070-352 41 41 (op werkdagen van 9.30 - 12.00 en van 13.30 - 16.30 uur)

 <https://expertisecentrum euthanasie.nl/>



## Waar kunt u terecht met vragen en knelpunten?

### Zorgprofessionals

Zorgprofessionals kunnen hun knelpunten en goede voorbeelden rondom de organisatie en financiering van palliatieve zorg melden via:

☎ 030 789 78 78

✉ [meldpunt@juisteloket.nl](mailto:meldpunt@juisteloket.nl)

### Burgers, patiënten en naasten

Patiënten en naasten kunnen knelpunten doorgeven via:

☎ 1400

☎ 06-5500 1400

De meldingen worden aan het praktijkteam doorgegeven. Meer informatie leest u op de website van Stichting Fibula.

🌐 [www.stichtingfibula.nl](http://www.stichtingfibula.nl)