Transmurale Kaderafspraken Palliatieve Zorg

Maastricht-Heuvelland – versie 2.0 (november 2026)



Revisiehistorie

Hieronder volgen de belangrijkste inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de vorige versie, anders dan actualisatie van werkgroepleden.

Versie	Datum	Samenvatting belangrijkste wijzigingen
1.0	Mrt 2026	*Eerste definitieve versie*
2.0	nov 2026	• Hoofdstuk 'Doel' toegevoegd en verwijderd uit inleiding • Hoofdstuk 'Uitgangspunten' toegevoegd • Tekstuele wijzigingen en concretisering alle Kaderafspraken. • De voormalige kaderafspraak 2.3 is komen te vervallen en toegevoegd aan kaderafspraken 2.2 en 3.4 • De voormalige kaderafspraak 5.2 is komen te vervallen en toegevoegd aan de nieuwe kaderafspraak 3.6 • Nieuwe kaderafspraken toegevoegd: 2.3, 3.2, 3.5, 4.2, 4.6, 4.7, 4.8, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 en 5.6. • Bijlage II 'Overzicht aandachtspunten en benodigde acties' verwijderd en vervangen door 'Generalistische termen' die relevant zijn voor het begrijpen van de kaderafspraken • Bijlage III 'Werkwijze Multidisciplinair Overleg' is ingekort. Relevante onderdelen die verwijderd zijn, zijn toegevoegd aan de kaderafspraken.

Inhoudsopgave

Revisiehistorie 2

Inhoudsopgave 3

1. Inleiding 4

2. Terminologie 4

3. Doel 5

4. Uitgangspunten 7

5. Kaderafspraken 7

Bijlage I: Werkgroep leden 12

Bijlage II Terminologie 13

Bijlage III: Werkwijze Multidisciplinair Overleg Palliatieve Zorg 16

1. Inleiding

De in dit document opgenomen kaderafspraken bevatten de gezamenlijke afspraken die gemaakt zijn in de werkgroep “Afspraken op alle niveaus", als onderdeel van het transformatieplan palliatieve zorg Maastricht-Heuvelland. In de werkgroep zijn verschillende zorgorganisaties uit de regio vertegenwoordigd. Daarbij is bewust gekozen voor een mix van bestuurlijke en uitvoerende expertise, zodat zowel beleid als praktijk een plek hebben in de gemaakte afspraken. Ook patiëntenvertegenwoordiging is onderdeel van de werkgroep. Werkgroepleden kregen de opdracht om de conceptafspraken tussentijds te bespreken binnen hun eigen organisatie, om te toetsen of deze breed worden herkend en gedragen. Een overzicht van de betrokken werkgroepleden is opgenomen in bijlage I.

De kaderafspraken vormen de basis voor de samenwerking rond patiënten in de palliatieve fase en hun naasten in de regio Maastricht-Heuvelland. Ze zijn gebaseerd op het Landelijk Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland: met als doel tijdige herkenning van de palliatieve fase, heldere rolverdeling en de beschikbaarheid van actuele en correcte informatie voor de op dat moment betrokken (zorg)professionals, waarbij de beschikbare informatie is afgestemd op hun specifieke rol. Binnen het vernieuwde kwaliteitskader (september 2026) is een belangrijke rol weggelegd voor vrijwilligers, professionals uit het sociale domein en mantelzorgers. Hun inzet en betrokkenheid zijn van grote waarde voor goede palliatieve zorg. Momenteel komen deze rollen nog beperkt aan bod in de voorliggende kaderafspraken. De verdere uitwerking en versterking van de samenwerking met deze groepen wordt gezien als een belangrijke uitbreiding op de beschreven basisafspraken in dit document en zal in een volgende fase verder vorm krijgen.

De kaderafspraken bieden een duidelijk kader voor het transmuraal samenwerken en dienen als basis voor verdere vertaling naar concrete werkafspraken en implementatie binnen de betrokken zorgorganisaties. Om de afspraken blijvend te laten passen bij de dagelijkse praktijk dienen ze, jaarlijks of zo nodig eerder (bij nieuwe inzichten en/of landelijke ontwikkelingen), te worden geactualiseerd en/of herzien. Ook na de transformatieperiode dient dit document jaarlijks geactualiseerd te worden. Hoe en door wie deze actualisatie gaat plaats vinden, zal een belangrijk onderdeel zijn binnen de borging van de gehele transformatie. Bij deze actualisatie is patiëntvertegenwoordiging standaard betrokken.

De gemaakte afspraken zullen gepubliceerd worden in twee uitvoeringen: een uitvoering zoals u die nu in handen heeft, met een uitgebreide beschrijving en een uitvoering die kort en overzichtelijk per processtap laat zien wat de gemaakte afspraken zijn.

2. Terminologie

Om spraakverwarring over de gebruikte termen zo veel mogelijk te voorkomen, is ervoor gekozen om aan te sluiten bij het begrippenkader van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland (zie: Begrippenkader - Richtlijnen Palliatieve zorg). Ter ondersteuning van het eenduidig gebruik van begrippen is in dit document een generieke termenlijst opgenomen (Bijlage II Terminologie), waarin de belangrijkste termen uit de kaderafspraken worden toegelicht.

Bij twee termen uit het landelijke kwaliteitskader is het van belang stil te staan. In de werkgroep is aangegeven dat deze niet passend zijn binnen onze regio.

- De term: Signaleren
  Landelijk wordt de term “Signaleren” gebruikt, maar in onze regio wordt de voorkeur gegeven aan de term “Herkennen”. In dit document zal daarom een combinatie worden gebruikt: “Signaleren/Herkennen”.
- De term: Hoofdbehandelaar
  In het landelijke kader wordt de term “Hoofdbehandelaar” gebruikt. De voorkeur in de regio ligt bij de term “Regiebehandelaar”. Een term die meer de lading dekt, maar vanwege discussie over de precieze duiding van de term nog niet is opgenomen in de vernieuwde versie van het Landelijk Kwaliteitskader (september 2026). Om verwarring te voorkomen met samenwerkingspartners uit andere regio's wordt aangesloten bij de landelijke term “Hoofdbehandelaar”. Wel voegen we palliatieve zorg aan de term toe, zodat duidelijk is dat we de behandelaar bedoelen die de regie heeft over de zorg in de palliatieve fase. Kortom: “Hoofdbehandelaar PZ”

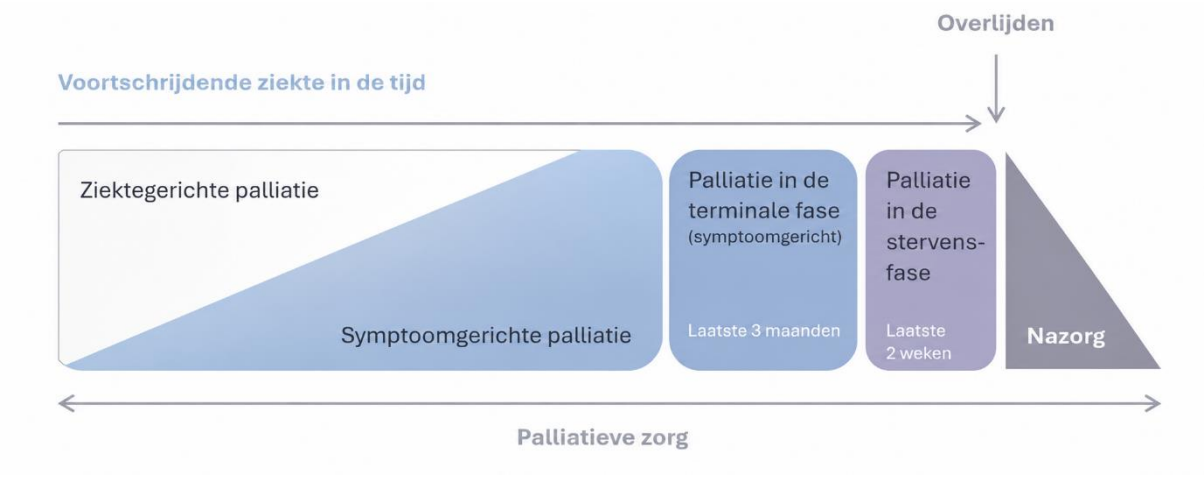
3. Doel

De ambitie voor de Palliatieve Zorg in Maastricht Heuvelland is dat in 2030 iedere inwoner van Maastricht Heuvelland kan rekenen op proactieve, kwalitatief goede en transmuraal georganiseerde palliatieve zorg. Zorg die is gebaseerd op de vier kernelementen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland:

- Signaleren/Herkennen en Markeren van de palliatieve fase
- Proactieve Zorgplanning (PZP/IZP)
- Transmurale coördinatie en continuïteit
- Ondersteuning van complexe casuïstiek

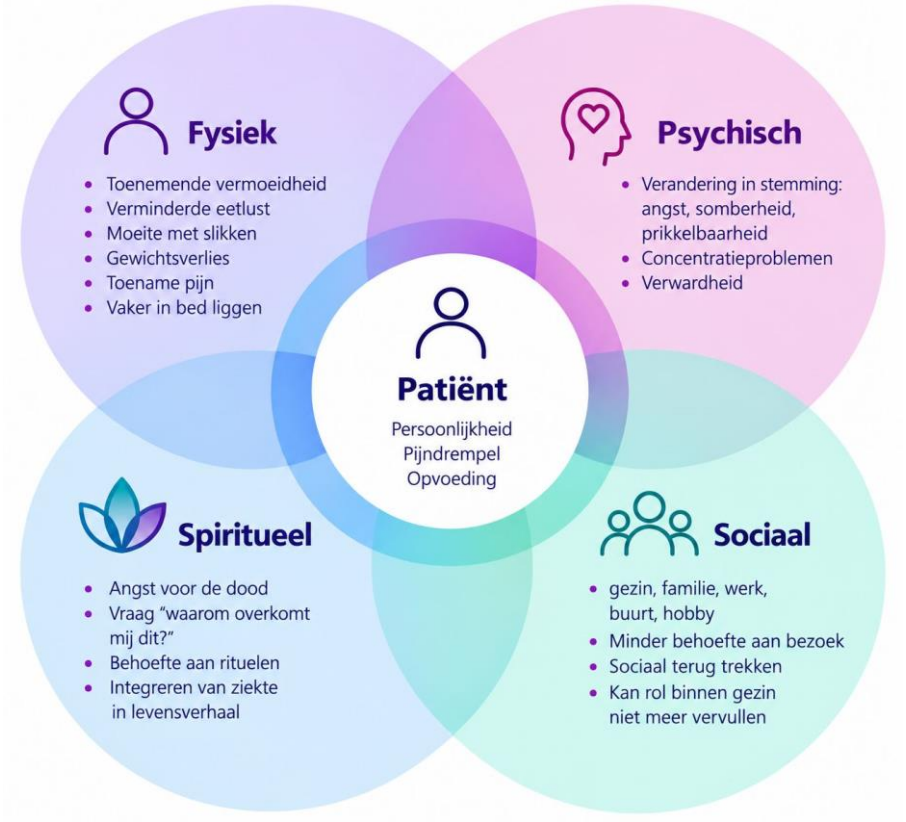
Het doel van de kaderafspraken in dit document is het transmuraal organiseren van meer passende zorg in de laatste levensfase. Dit moet leiden tot minder acute ziekenhuisopnames in de laatste levensmaand, minder onnodige diagnostiek en minder behandelingen die de Patiënt niet wenst. Daarmee vormen deze kaderafspraken de basis om de ambitie te realiseren: de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste professional, op het juiste moment en met de juiste informatie. Voor patiënten en Naasten betekent dit: een zo goed mogelijke kwaliteit van leven, dat er zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de voorkeursplek van overlijden, het eigen verhaal niet steeds opnieuw hoeven vertellen en ervaren regie over de eigen laatste levensfase.

De kaderafspraken richten zich op de gehele palliatieve fase, met als uitgangspunt dat ook de stervens- en nazorgfase onderdeel zijn van de totale zorgverlening. In de voorliggende versie ligt de nadruk op de afspraken gedurende de palliatieve fase tot en met het overlijden. De kaderafspraken voor de nazorgfase worden in een volgende versie uitgewerkt.



Figuur 1: Fases binnen de palliatieve zorg in de tijd

Vroege herkenning van de palliatieve fase is belangrijk, zodat de symptoomgerichte behandeling tijdig wordt geïntegreerd in de ziektegerichte fase. Ook wordt door vroege herkenning tijdig over behandelwensen – en grenzen gesproken en worden deze vastgelegd. Het is belangrijk dat de Patiënt tijdens deze proactieve zorg gesprekken (PZP-gesprekken) als geheel wordt gezien met oog voor de vier dimensies binnen de palliatieve zorg (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel/zingeving).



Figuur 2: Voorbeelden binnen de 4 dimensies gericht op de palliatieve fase die bevraagd en vasteglegd kunnen worden.

Daarnaast dienen de meest recente behandelwensen en -grenzen van een Patiënt op ieder moment en in iedere setting inzichtelijk te zijn voor de patiënt/Naasten en de op dat moment betrokken zorgprofessionals, waarbij de beschikbare informatie is afgestemd op hun specifieke rol. Door het uniform vastleggen van de behandelwensen en -grenzen en het beschikbaar maken van deze informatie voor de betrokken zorgprofessionals wordt enerzijds voorkomen dat de patiënt dezelfde informatie meerdere keren met verschillende zorgprofessionals moet delen en anderzijds dat de (acute) zorg die geleverd wordt passend is bij de aangegeven behandelwensen en -grenzen van de patiënt.

4. Uitgangspunten

- De waarden, wensen en behoeften van de mens of Patiënt in de palliatieve fase en diens Naasten staan centraal.
- In gesprekken met Patiënten en diens Naasten zijn de richtlijnen uit passende zorg over 'Samen beslissen' richtinggevend.
- De wensen van de Patiënt zijn in principe bepalend bij alle keuzes, tenzij de patiënt dit niet meer zelf kan aangeven. Dan wordt in zijn of haar geest gehandeld en is de Wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt leidend.
- Informatie voor Patiënten en Naasten is begrijpelijk (B1-niveau) en houdt rekening met taal, cultuur en gezondheidsvaardigheden.
- De afspraken gelden voor de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties, het ziekenhuis, informele zorgorganisaties, apotheken, verpleeg- en verzorgingshuizen, hospices en andere bij de palliatieve zorg betrokken organisaties in Maastricht-Heuvelland.
- De afspraken zijn onafhankelijk van de verblijfplaats van de Patiënt in de palliatieve fase: thuis, in een verpleeg-of verzorgingshuis, hospice, ziekenhuis of een tijdelijke verblijfsvorm.
- De palliatieve zorg wordt in onze regio ingebed aan de hand van de vier kernelementen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland:
    - Signaleren/herkennen en markeren van de palliatieve fase
    - Proactieve zorgplanningsgesprekken (PZP- gesprekken)
    - Transmurale coördinatie en continuïteit
    - Ondersteuning bij complexe casuïstiek

  Het kernelement Signaleren/herkennen en Markeren wordt in onze regio gezien als twee separate onderdelen en is opgesplitst in deze kaderafspraken.

5. Kaderafspraken

Signaleren/Herkennen

Kaderafspraak 1.1

Iedereen kan achteruitgang of een kantelpunt in de gezondheidssituatie van een Patiënt herkennen. Met iedereen wordt bedoeld de mens of patiënt zelf, Naasten, Vrijwilligers en (zorg)professionals. Dit "onderbuikgevoel" wordt doorgegeven als signaal aan een bij de patiënt betrokken zorgverlener, (collega) professional of leidinggevende.

Kaderafspraak 1.2
De keten van het doorgeven van het signaal is sluitend. Dit betekent dat elke schakel (gever, tussenschakel, ontvanger) zijn verantwoordelijkheid neemt in deze keten en het signaal doorgeeft of oppakt. Het signaal wordt zo nodig geconcretiseerd en doorgegeven tot aan de Behandelaar. Signalen worden serieus genomen en opgepakt, ook als ze niet op medische gegevens gebaseerd zijn. Het is wenselijk dat de signaalgever een terugkoppeling krijgt over wat met het signaal gebeurd is.

Markeren

Kaderafspraak 2.1:
De Behandelaar beoordeelt het signaal en markeert zo nodig de start van de palliatieve fase.
Het doel van markeren is het concretiseren en vastleggen van het moment waarop de palliatieve fase start en de zorg daarop wordt afgestemd. Hierbij kan een Tweesporenbeleid worden gehanteerd, waarbij een curatieve of levensverlengende behandeling en palliatieve zorg (gericht op comfort en levenskwaliteit) parallel aan elkaar lopen. Door het vastleggen en bespreekbaar maken van de markering kan beter aangesloten worden bij de waarden, wensen en behoeften van de Patiënt en diens Naasten. De behandelaar is alert dat de markering tijdig plaatsvindt, zodat het voeren van gesprekken in het kader van Proactieve Zorgplanning (PZP) in de volgende fase zinnig en van meerwaarde zijn.
N.B. Ziekteprocessen verlopen soms grillig. In de praktijk zal markering vaak onderdeel zijn van een langer proces waarin het moment van markeren zich kan kenmerken als een "kantelpunt" in de achteruitgang. Inzetten op een tweesporenbeleid is voor patiënten vaak meer acceptabel, zeker omdat een kantelpunt niet altijd eenduidig is.
Kaderafspraak 2.2:
De markering wordt altijd met de Patiënt besproken, zodat deze weet dat de palliatieve fase gemarkeerd is. De Behandelaar nodigt de patiënt (en diens Naasten) uit en voert een open gesprek over de prognose en verwachtingen rond de achteruitgang in de gezondheid en de start van de palliatieve fase. De informatie wordt afgestemd op hoeveel de patiënt zelf wil weten over de prognose. De patiënt wordt vooraf gewezen op de mogelijkheid om een naaste mee te nemen. Dit gesprek wordt vastgelegd in het eigen EPD. Informatie over Proactieve Zorgplanning (PZP) wordt standaard, schriftelijk en in begrijpelijke taal, meegegeven aan patiënt en naasten. Ook wordt altijd een vervolggesprek aangeboden.
De behandelaar overweegt tijdens de markering altijd of een Medicatiereview geïndiceerd is *(zie het begrip 'medicatiereview' in bijlage II voor extra informatie)*.
Kaderafspraak 2.3
Als de Behandelaar die markeert niet de hoofdbehandelaar in de thuissituatie is, vindt er altijd persoonlijk contact plaats met de hoofdbehandelaar in de thuissituatie. Dit zal meestal de huisarts zijn. Persoonlijk contact houdt in dat vragen gesteld kunnen worden en informatie-uitwisseling mogelijk is. Tijdens dit persoonlijke contact wordt altijd afgestemd wie de Hoofdbehandelaar PZ wordt. De voorkeur van de Patiënt wordt hierin meegewogen.

Proactieve Zorgplanningsgesprekken (PZP-gesprekken)

Kaderafspraak 3.1:
Proactieve Zorgplanning bestaat uit het voeren van gesprekken, op de vier dimensies, met de Patiënt en diens Naasten over de huidige en toekomstige behandelwensen en -grenzen. Dit is een dynamisch proces waarbij voorlichting wordt gegeven over voor- en nadelen van eventuele

behandelmogelijkheden, zodat de patiënt en diens naasten afwegingen kunnen maken die aansluiten bij hun waarden, wensen en behoeften.

Kaderafspraak 3.2:

Proactieve Zorgplanning (PZP) is een aanbod waarbij de Patiënt de regie houdt. De Hoofdbehandelaar PZ neemt na markering actief het initiatief om PZP gesprekken aan te bieden en stemt het moment, de inhoud en diepgang af op de wensen, behoeften en acceptatieproces van de patiënt en diens Naasten. De hoofdbehandelaar PZ kan ervoor kiezen bepaalde (coördinerende) taken te delegeren aan een Centrale zorgverlener *(zie het begrip 'centrale zorgverlener' in bijlage II voor meer uitleg over de taken en verantwoordelijkheden van de centrale zorgverlener)*. De hoofdbehandelaar PZ blijft altijd inhoudelijk eindverantwoordelijke voor het palliatieve beleid. Voor patiënten, naasten en het zorgteam is altijd duidelijk wie de rol van hoofdbehandelaar PZ en de rol van centrale zorgverlener vervult.

Kaderafspraak 3.3:

De gesprekken rond Proactieve Zorgplanning worden vastgelegd in het Proactief Zorgplan (PZP). Hiervoor wordt het landelijke PZP format gebruikt, aangevuld met aanvullende informatie m.b.t. de vier dimensies. De behandelgrenzen worden altijd door een Behandelaar besproken met de Patiënt en diens Naasten en vastgelegd. Naast behandelaars mogen ook verpleegkundigen en praktijkondersteuners de behandelwensen bespreken en vastleggen.

Kaderafspraak 3.4:

De Patiënt in de palliatieve fase is eigenaar van diens eigen PZP. Het PZP wordt altijd geprint en/of digitaal meegegeven aan de patiënt. Totdat digitale gegevensuitwisseling is geregeld voor alle betrokken (zorg)professionals wordt het PZP actief gedeeld tussen de betrokken (zorg)professionals via de op dit moment gebruikelijke routes. De verantwoordelijkheid voor het delen van het PZP ligt bij de betrokken (zorg)professionals; het meegeven aan de patiënt is een aanvullend vangnet. Zodra digitale gegevensuitwisseling mogelijk is, wordt instemming aan de patiënt gevraagd voor het regionaal delen van het PZP. De patiënt krijgt uitleg over wat regionaal delen inhoudt en met wie welke informatie gedeeld wordt.

N.B. Gezien de aard van de informatie is het wenselijk dat het netwerk van zorgprofessionals, maar ook informele (zorg)professionals, van de wensen van de patiënt op de hoogte is. De patiënt bepaalt welke informele zorgverleners op de hoogte worden gebracht.

Kaderafspraak 3.5:

Bij een Tweesporenbeleid wordt de verhouding tussen beide sporen continue afgestemd met de Patiënt (en diens Naasten) op basis van het actuele ziekteverloop én de wensen en de belastbaarheid van de patiënt (en diens naasten). Dit kan leiden tot veranderingen in het PZP. Ook bij een veranderende zorgvraag of op verzoek van de patiënt worden de vastgelegde behandelwensen en – grenzen met de patiënt (en diens naasten) geëvalueerd en zo nodig aangepast. Ook wordt door de Hoofdbehandelaar PZ bij relevante veranderingen binnen de palliatieve fase en/of overgang van zorgsetting altijd een Medicatiereview overwogen.

Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg

Kaderafspraak 4.1:

Coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg is geborgd vanaf markering. Transmurale samenwerking is essentieel in de palliatieve fase om goede zorg voor de Patiënt en diens Naasten te kunnen leveren. Denk hierbij ook aan het inzetten van Vrijwilligers en professionals uit het sociale domein.

Kaderafspraak 4.2:
De Patiënt en diens Naasten weten op elk moment van de dag, ook 's avonds, 's nachts en in het weekend, wie zij kunnen bellen bij vragen of een verslechtering. Deze bereikbaarheid staat in het PZP en is afgestemd met de huisartsenpost en andere betrokken diensten.
Kaderafspraak 4.3:
Bij verandering van zorgsetting en/of wisseling van Hoofdbehandelaar PZ vindt altijd een Warme overdracht plaats binnen 24-48 uur tussen (hoofd)Behandelaars. Dit betekent persoonlijk contact, zodat vragen stellen en informatie-uitwisseling mogelijk is. Ook wordt afgestemd wie de hoofdbehandelaar PZ is of blijft. Vervolgens worden de Patiënt (en diens Naasten) geïnformeerd over wie de (nieuwe) hoofdbehandelaar PZ is. Bij overgang naar huis zijn benodigde medicatie en hulpmiddelen aanwezig op het moment van thuiskomst.
Bij complexe problematiek (op één of meerdere dimensies) vindt naast de warme overdracht tussen (hoofd)behandelaars ook een warme overdracht plaats tussen de verpleegkundige zorgteams voorafgaand aan de transfer.
Kaderafspraak 4.4:
Indien een Patiënt in de palliatieve fase zowel in de eerste als tweede lijn wordt gezien en behandeld, vindt er regelmatig contact en afstemming plaats tussen de betrokken zorgprofessionals. Zij houden elkaar actief op de hoogte, bijvoorbeeld bij signalering van (versnelde) achteruitgang en/of complicaties.
Kaderafspraak 4.5:
Transmurale samenwerking wordt gecoördineerd en georganiseerd door middel van een multidisciplinair overleg (MDO). Voor de organisatie van alle intramurale en transmurale MDO's wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de reeds bestaande MDO structuren. De Patiënt wordt altijd vooraf geïnformeerd als deze besproken wordt in een MDO en indien wenselijk en haalbaar betrokken bij de voorbereiding. Hierbij worden de vragen, wensen en aandachtspunten van de patiënt en diens Naasten zoveel mogelijk meegenomen.
N.B. De Werkwijze Multidisciplinair Overleg Palliatieve Zorg staat beschreven in bijlage III.
Kaderafspraak 4.6:
Iedere (nieuwe) Patiënt in de palliatieve fase waarbij sprake is van een duidelijke transmurale hulp- of verwijsvraag of waarbij sprake is van (mogelijke) complexe casuïstiek op één of meer van de vier dimensies, wordt besproken met alle betrokken professionals in een MDO. Ook kan het MDO worden ingezet om patiënten met een Tweesporenbeleid te bespreken en om markering of proactieve zorgplanning in gang te zetten bij patiënten waarbij dit nog niet (volledig) gebeurd is.
Kaderafspraak 4.7:
Als een Patiënt wordt aangemeld voor een MDO wordt de Centrale zorgverlener hier altijd van op de hoogte gebracht, zodat de patiënt idealiter wordt besproken in aanwezigheid van de centrale zorgverlener en/of de Hoofdbehandelaar PZ.
Tijdens het MDO wordt het inschakelen van andere expertise (bijv. geestelijke verzorger of apotheker) overwogen.
Kaderafspraak 4.8:
De patiëntbespreking tijdens het MDO wordt altijd afgerond met het vastleggen van concrete afspraken. De Centrale zorgverlener legt deze afspraken vast in het eigen EPD (en/of mogelijk in een (toekomstige) MDO-tool. Zo nodig worden deze afspraken opgevolgd in een volgend MDO. De centrale zorgverlener is verantwoordelijk voor terugkoppeling richting de Patiënt en diens Naasten.

Ondersteuning complexe casuïstiek

Kaderafspraak 5.1:
Voor het eerstelijns MDO rond de huisartsenpraktijk wordt aangesloten bij het KTO (kernteam ouderen). Hierbij sluit altijd een Specialist Ouderengeneeskunde aan. Deze fungeert als Gespecialiseerde zorgprofessional in PZ binnen de eerstelijn als eerste aanspreekpunt voor de betrokken (zorg)professionals bij vragen over of behoefte aan ondersteuning bij palliatieve casuïstiek. Ook kan de kaderhuisarts palliatieve zorg als gespecialiseerd zorgverlener in PZ worden geconsulteerd.

Kaderafspraak 5.2:
Wanneer de palliatieve zorgvraag de deskundigheid of ervaring van de betrokken (zorg)professionals overstijgt, kan laagdrempelig een Consulent Palliatieve Zorg van het Expertiseteam Palliatieve Zorg worden geconsulteerd. Dit geldt in het bijzonder ook voor de volgende situaties:

- Problemen die op meerdere dimensies van palliatieve zorg (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel/zingeving) tegelijk spelen;
- Symptomen die onvoldoende reageren op behandeling of weinig voorkomen;
- Complexe behandel- of ethisch beslissingen rondom het levenseinde;
- Moeizame communicatie, verschil in wensen of verwachtingen tussen Patiënt, Naasten en (zorg)professionals of culturele barrières.

Kaderafspraak 5.3:
Consultatie via het Expertiseteam Palliatieve Zorg is 24/7 mogelijk voor alle zorgprofessionals. Consultatie kan telefonisch, digitaal en, indien de situatie daarom vraagt, door middel van een bedside-consult plaatsvinden op de locatie waar de Patiënt verblijft of via de polikliniek van het oncologiecentrum in het MUMC+. De actuele wijze van bereikbaarheid en consultatie is voor alle betrokken zorgprofessionals toegankelijk en bekend.

Kaderafspraak 5.4:
Een Consulent Palliatieve Zorg van het Expertiseteam Palliatieve Zorg biedt advisering, waarbij aandacht is voor lichamelijke, psychische, sociale en spirituele/zingevingsaspecten. Iedere consultatie wordt vastgelegd en het advies wordt teruggekoppeld aan de consultvrager en na 2 tot 5 dagen geëvalueerd met de consultvrager. De Patiënt weet dat een consulent is ingeschakeld en het advies wordt met de patiënt besproken.
De verantwoordelijkheid voor de behandeling en besluitvorming blijft bij de betrokken Hoofdbehandelaar PZ, tenzij hierover expliciet andere afspraken zijn gemaakt.

Kaderafspraak 5.5:
Complexe casuïstiek waarbij een Consulent Palliatieve Zorg van het Expertiseteam Palliatieve Zorg is betrokken worden wekelijks besproken tijdens een Specialistisch MDO met een Gespecialiseerd team palliatieve zorg en evt. andere betrokken (zorg)professionals van de Patiënt uit de eerste en/of tweede lijn. Idealiter is de consultvrager aanwezig bij de bespreking.

Kaderafspraak 5.6:
Het Expertiseteam Palliatieve Zorg stimuleert dat de kennis en kunde van zorgprofessionals op het gebied van palliatieve zorg in de regio up-to-date blijft.

Bijlage I: Werkgroep leden

Naam	Functie	Organisatie
Lisette Ars	Programmamanager Cure and Care	Envida
Nadja Comans	Manager Verpleegzorg	Envida
Nicole Senden	Projectleider Palliatieve zorg	Envida
Sjoukje Oetsma	Specialist Ouderen Geneeskunde	Envida
Marieke van den Beuken	Hoogleraar Palliatieve Geneeskunde	MUMC+
Annemie Courtens	Coördinator EPZM	MUMC+
Ton Janssen	Medisch Specialist Oncologie	MUMC+
Sabine Paulussen	Hoofd transferpunt	MUMC+
Franca Warmenhoven	Geestelijk verzorger	MUMC+
Merel van der Zande	Verpleegkundig Specialist PZ	MUMC+
Dimitry Hensgens	Patiënt	Patiënt vertegenwoordiging
Sandra Boots	Regiocoördinator Limburg en Zuidoost-Brabant	PZNL
Silvia Wachelder	Teammanager hospicezorg	Sevagram
Suzanne Driessen	Verpleegkundige	Stichting Buurtzorg
Crysta Zeegers	Wijkverpleegkundige	TGL
Lotte Vonken	Specialist Ouderenzorg (kaderarts)	Vitala+/Novicare
Chenna Godec	Programmamanager ouderenzorg	ZIO
Vincent Janssen	Praktijkconsulent	ZIO
Yvo Kesler	Kader Huisarts Palliatieve zorg	ZIO
Ellen Willemsen	Apotheker	Zorggroep MosaPharma

Bijlage II Terminologie

Generieke term	Betekenis
Behandelaar	De arts, verpleegkundig specialist of physician assistent die verantwoordelijk is voor de behandeling van de Patiënt op het eigen deelgebied. De behandelaar is niet per definitie ook de Hoofdbehandelaar PZ.
Centrale zorgverlener	Belangrijkste aanspreekpunt voor de Patiënt en diens Naasten en het gehele team van betrokken zorgprofessionals. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de Hoofdbehandelaar PZ dan wel gedelegeerd aan een andere in palliatieve zorg bekwame of gespecialiseerde professional. **Taken en verantwoordelijkheden:** • Brengt het (zorg)netwerk en de situatie van de patiënt in kaart. • Bespreekt (onderdelen) van het PZP met de patiënt (en diens naasten) • Verzamelt informatie zoals de uitkomsten van eerdere PZP gesprekken, MDO's en medicatieoverzichten. Informatie over de belasting van Mantelzorgers wordt hierbij standaard meegenomen. • Denkt vooruit over wat de verwachting zijn ten aanzien van achteruitgang, mogelijkheden, beperkingen en wensen op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel/zingevingsgebied. • Coördineert wat er moet er gebeuren, wie wat doet en hoe terugkoppeling plaats vindt. • Zorgt dat alle afspraken goed zijn vastgelegd in de relevante systemen en communiceert dit met de patiënt, diens naasten en betrokken Vrijwilligers en professionals uit het sociale domein. • Brengt de patiënt bij multidisciplinaire vraagstukken of bij (niet acute) complexe casuïstiek in ter bespreking in een MDO. • Kent het palliatieve netwerk in de regio en schakelt zo nodig expertise in.
Consulent PZ	Zorgprofessionals gekwalificeerd met: • Een erkende opleiding in de palliatieve zorg, • Werkervaring binnen de palliatieve zorg • Inhoudelijke verdieping en verbreding m.b.t. de palliatieve zorg Deze consulenten hebben specifieke kennis en vaardigheden in complexe palliatieve zorg en crisissituaties en zijn vanuit diens functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg de enige focus van het werk is. De consulent palliatieve zorg is werkzaam bij Expertisecentrum Palliatieve Zorg van het MUMC+. Het Gespecialiseerd team palliatieve zorg. Is een onderdeel van het Expertisecentrum. De opleidingseisen van de consulent worden in het 'kwaliteitskader consultatie palliatieve zorg' omschreven. Dit kader wordt december 2026 verwacht.
Gespecialiseerde zorgprofessional in PZ	De in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgprofessional is met een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is de in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgprofessional, vanuit diens functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een Consulent palliatieve zorg.

Gespecialiseerd team palliatieve zorg	Een team van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgprofessionals dat multidisciplinair is samengesteld (op basis van de vier dimensies van palliatieve zorg) en interdisciplinair samenwerkt.
Hoofdbehandelaar PZ	De arts, verpleegkundige specialist of physician assistent die inhoudelijk verantwoordelijk is voor de palliatieve zorgverlening (diagnostiek, behandeling, continuïteit van zorg) aan de Patiënt. Wie deze rol vervult, kan gedurende het ziekteproces wisselen. Essentieel is dat deze rol, zo nodig, expliciet wordt overgedragen middels een Warme overdracht en dat in het patiëntendossier wordt vastgelegd wie de hoofdbehandelaar PZ is.
Mantelzorg	Alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. Ook minder intensieve hulp, de hulp aan huisgenoten en de hulp aan instellingsbewoners zijn meegenomen. Mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'.
MDO	Multidisciplinair overleg, waarbij meerdere zorgprofessionals van minimaal twee disciplines aanwezig zijn. Het overleg kan live of hybride via een onlineverbinding plaats vinden, zodat zorgprofessionals elkaars overwegingen bij beslissingen kunnen horen en bevragen. De inbreng van de Patiënt (vragen, wensen en aandachtspunten) wordt vooraf opgehaald. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt informatie uitgewisseld, conclusies getrokken, taakverdeling afgesproken en een werkplan opgesteld wat op dat moment in de zorg voor de patiënt relevant en passend is. Ook wordt bepaald of aanvullende expertise ingeschakeld dient te worden en wordt overdracht van kennis tussen zorgprofessionals gestimuleerd.
Medicatiereview	Een gezamenlijke beoordeling van alle medicatie van een Patiënt door de Hoofdbehandelaar PZ, apotheker, de patiënt (en diens Naasten) en zo nodig andere betrokken zorgprofessionals. Hierbij wordt gekeken of de huidige medicatie nog passend, veilig en zinvol is in relatie tot de wensen, doelen en belastbaarheid van de patiënt. Aandachtspunten zijn: • Het stoppen, afbouwen, aanpassen of starten van medicatie • Medicatieveiligheid, waaronder interacties, dosering bij nier- of leverfunctiestoornissen en risico's op bijwerkingen • Belasting van medicatie inname en andere toedieningsvormen • Uitvoerbaarheid van het afgesproken beleid in de verblijfsituatie Daarnaast wordt geanticipeerd op veranderingen in de situatie en de overgang naar de terminale of stervensfase, waarbij de focus steeds meer op comfort en symptoomcontrole komt te liggen. Gemaakte afspraken worden vastgelegd, incl. toedieningsvorm en gedeeld met de betrokken zorgprofessionals, zodat iedereen over dezelfde actuele informatie beschikt.
Naasten	Diegenen die ten aanzien van zorg, emotionele betrokkenheid en kennis de Patiënt het meest nabij zijn. Naasten kunnen bloedverwanten zijn of verwanten door huwelijk of partnerschap, maar ook vrienden zijn. De patiënt bepaalt wie als zijn naasten moeten worden beschouwd. In het PZP kan worden vastgelegd wie de patiënt als zijn naasten ziet.
Patiënt	Patiënt/cliënt/bewoner/gast. Indien de patiënt niet Wilsbekwaam is, wordt de Wettelijke vertegenwoordiger bedoeld.
Samen beslissen	Het proces waarin de zorgprofessional en de Patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen.

	Een keuzehulp is hierbij een mogelijke interventie. Deze helpt de patiënt (en diens Naasten) keuzes te maken tussen opties door informatie te verschaffen over de opties en uitkomsten die relevant zijn voor de gezondheid van de patiënt.
Tweesporenbeleid	Houdt in dat ziektegerichte (curatieve of levensverlengende) behandelingen en palliatieve zorg (gericht op comfort en levenskwaliteit) gelijktijdig en parallel aan elkaar worden aangeboden. Binnen dit beleid sluiten de twee sporen elkaar niet uit, maar vullen ze elkaar aan. De verhouding tussen beide sporen wordt continue afgestemd met de Patiënt (en diens Naasten) op basis van het actuele ziekteverloop én de wensen en de belastbaarheid van de patiënt (en diens naasten).
Vrijwilliger	Een persoon in de palliatieve zorg die, in georganiseerd verband, onbetaald en onverplicht, tijd, aandacht en ondersteuning biedt met de intentie om de kwaliteit van leven te verbeteren van een Patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en diens Naasten. Bij de start van de inzet van de vrijwilliger is er geen persoonlijke relatie tussen de patiënt en vrijwilliger.
Warme overdracht	Persoonlijke informatieoverdracht tussen zorgprofessionals, zodat ze vragen aan elkaar kunnen stellen en informatie kunnen uitwisselen. Tijdens deze warme overdracht wordt altijd afgesproken wie de Hoofdbehandelaar PZ is of blijft.
Wettelijke vertegenwoordiger	Een bij wet bevoegd persoon om beslissingen te nemen op het gebied waarop de Patiënt wilsonbekwaam is. De vertegenwoordiger treedt namens de wilsonbekwame patiënt op en behartigt diens belangen zo goed als mogelijk. De volgende personen kunnen (in rangorde) als vertegenwoordiger optreden: • een door de rechter benoemde curator of mentor • een schriftelijk door de patiënt gemachtigde • de echtgenoot, geregistreerd partner of ander levensgezel • de ouder, kind, broer of zus
Wilsbekwaamheid	Wilsbekwaamheid wordt in de ethiek beschreven als het individuele vermogen om zelfstandig beslissingen te nemen. Wilsbekwaamheid wordt verondersteld zolang het tegendeel niet is aangetoond. In de literatuur worden verschillende benaderingen van wilsbekwaamheid onderscheiden, met verschillende criteria. Meest bekend is de cognitieve benadering. Hierin is wilsbekwaamheid afhankelijk van de aanwezigheid van voldoende cognitieve vermogens bij de Patiënt. Een patiënt is volledig wilsbekwaam als de patiënt voldoet aan vier criteria. Deze criteria zijn: • kenbaar kunnen maken van een keuze • begrijpen van relevante informatie • beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie • logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties

Bijlage III: Werkwijze Multidisciplinair Overleg Palliatieve Zorg

Een goede voorbereiding, coördinatie en verslaglegging helpen om het MDO effectief te laten verlopen. Dit betekent dat er verschillende onderdelen van het overleg vragen om aandacht.

Aanmelden van de Patiënt met, zover mogelijk, een heldere zorgvraag. Dit kan door alle betrokken zorgprofessionals. De Centrale zorgverlener en/of Hoofdbehandelaar PZ wordt hier altijd van op de hoogte gesteld, zodat de patiënt idealiter wordt besproken in aanwezigheid van de centrale zorgverlener en/of de hoofdbehandelaar PZ. Indien aanwezigheid niet mogelijk is, hebben ze de mogelijkheid voorafgaand aan de bespreking hun input te leveren.

Verzamelen en delen van relevante medische gegevens (zoals een recent medicatie overzicht), verpleegkundige en psychosociale informatie vanuit de vier dimensies. De informatie over de patiënt moet zoveel mogelijk van tevoren compleet zijn. Daarnaast moet afhankelijk van de rol van de betrokken zorgprofessional de informatie aan te vullen of in te zien zijn, natuurlijk met respect voor privacywetgeving. Het gaat daarbij om meer dan alleen de informatie uit het PZP formulier;

Tijdige **planning** zorgt ervoor dat zorgprofessionals beschikbaar zijn als ze worden uitgenodigd om aan te sluiten bij het MDO. Betrokken zorgprofessionals zijn eenvoudig te benaderen om deel te nemen aan het MDO.

De mogelijkheid om de patiënt te laten aansluiten kan erg waardevol zijn voor de patiënt om samen beslissingen te maken over de zorg en het verdere beleid, maar is praktisch niet altijd realiseerbaar. Ook spelen de vaardigheden en emotionele belastbaarheid van de patiënt hierin een rol. Wel wordt de patiënt altijd vooraf geïnformeerd als deze besproken wordt in een MDO en stemt in met de bespreking. De centrale zorgverlener is de aangewezen persoon om, voorafgaand aan het MDO, vragen, wensen en aandachtspunten voor het overleg bij de patiënt (en diens Naasten) op te halen. Indien mogelijk en wenselijk kan het MDO ook in de thuissituatie bij de patiënt (en diens naasten) plaatsvinden. Zeker richting een terminale fase kan dit passend zijn.

Verslaglegging wordt gedaan door de centrale zorgverlener. Mocht de centrale zorgverlener niet aanwezig zijn bij het overleg wordt voorafgaand aan het overleg afgestemd wie de verslaglegging doet. Er wordt bijvoorbeeld een actiepuntenlijst per patiënt gemaakt. Dit geeft helderheid wie, waarvoor verantwoordelijk is en op welk moment. Deze verslaglegging vindt plaats in het eigen EPD (en/of mogelijk in een (toekomstige) MDO-tool) en bevat in ieder geval:

1. de kern van de bespreking;
2. antwoorden op vooraf gestelde vragen;
3. gemaakte afspraken;
4. verantwoordelijkheden;
5. vervolgafspraken.

Terugkoppeling naar patiënt en naasten over de uitkomsten van het MDO en mogelijk daaruit volgend een voorstel tot verandering op het gebied van zorg en beleid zal voor rekening komen van de centrale zorgverlener. Patiënt en naasten worden geïnformeerd over de uitkomsten én over de overwegingen achter voorgestelde veranderingen in zorg en beleid.

Als de centrale zorgverlener niet aanwezig is bij het MDO wordt in het MDO afgestemd wie de terugkoppeling richting de centrale zorgverlener, patiënt en diens naasten verzorgd. De centrale zorgverlener ontvangt de terugkoppeling eerder of gelijktijdig met de patiënt, zodat deze op hoogte is bij eventuele aanvullende vragen van de patiënt en diens naasten. De **voorzitter** van het overleg is van tevoren duidelijk. Niet elke zorgprofessional is even bekwaam in het voorzitten van overleggen. Toch is het voor een kwalitatief goed MDO van belang gestructureerd overleg te voeren, waarbij de hoofd- van de bijzaken worden gescheiden. De centrale zorgverlener vervult niet per definitie de rol van voorzitter van het overleg, daar er in een MDO meerdere centrale zorgverleners kunnen plaatsnemen.

Evaluatie van de gemaakte afspraken vindt plaats in een volgend overleg of tussentijds door de centrale zorgverlener aan de hand van de actiepuntenlijst.

Evaluatie vindt niet alleen op casusniveau plaats. Minimaal jaarlijks vindt ook een evaluatie plaats waarin gekeken wordt naar de kwaliteit van het desbetreffende MDO als overlegvorm, met aandacht voor:

1. samenwerking tussen zorgprofessionals;
2. betrokkenheid van verschillende disciplines;
3. informatie uitwisseling;
4. knelpunten en verbetermogelijkheden, met daarbij ook aandacht voor de ondersteuning door middel van de digitale PZP-tool en eventuele MDO-tool.

Het is bij deze evaluatie ook belangrijk om telkens het lerend effect van het MDO te bekijken. Zijn alle partijen voldoende op de hoogte van ontwikkelingen in de palliatieve zorg of zijn er op het gebied van deskundigheidsbevordering nog aanvullende scholingen/trainingen wenselijk. Tijdens het implementatietraject moet bekeken worden hoe de borging van de kwaliteit van het MDO vorm kan krijgen.