

# Wegwijzer

Laatste levensfase Midden-  
Nederland  
Zorgverleners

1. Signalering



2. Markering



3. Proactieve zorgplanning



4. Behandeling



5. Terminale fase



6. Stervensfase

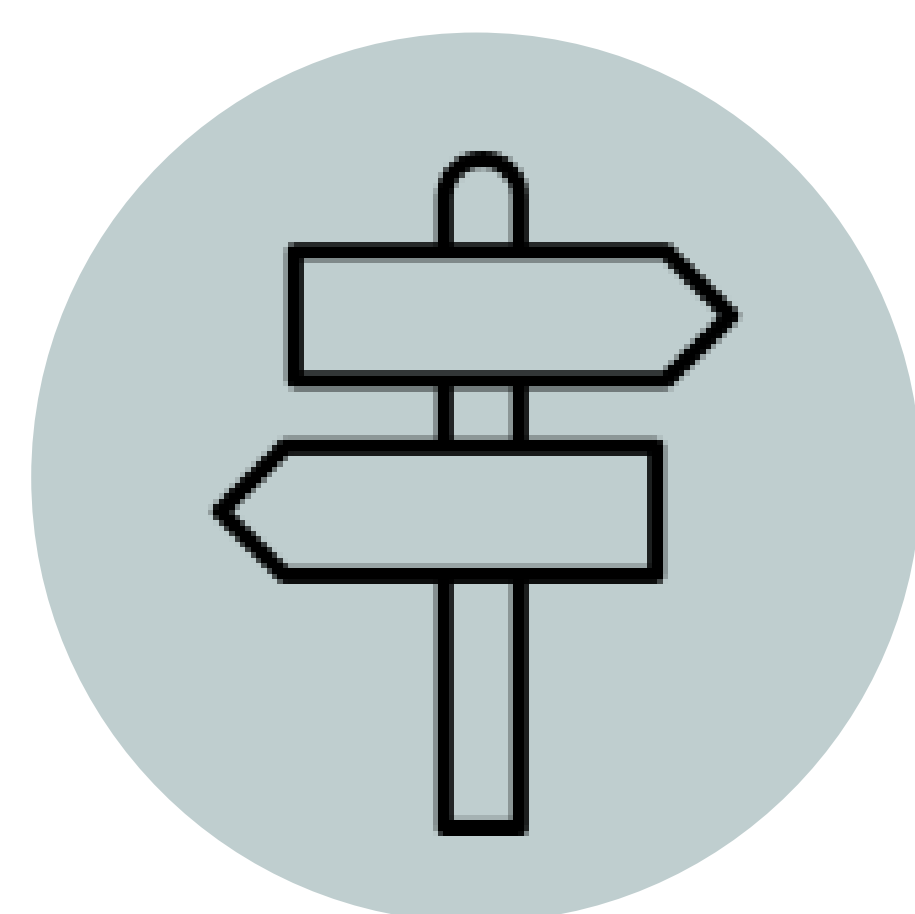


7. Zorg na overlijden



Consultatie en verwijzing





## INTRODUCTIE WEGWIJZER

### Introductie

Palliatieve zorg richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Deze zorg omvat fysieke, psychische, sociale en spirituele ondersteuning, en vraagt om goede samenwerking tussen zorgverleners in alle fasen van de palliatieve zorg.

De visie op palliatieve zorg in de regio Midden-Nederland luidt: “Patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid krijgen passende zorg en ondersteuning en weten de weg daarheen te vinden.” Deze visie is gebaseerd op de aanbevelingen van een verkenning onder patiënten en naasten, te lezen ‘Een kwestie van geluk’.

Deze wegwijzer is bedoeld voor zorgverleners en biedt houvast en overzicht in het palliatieve zorglandschap van de regio Midden-Nederland. De inhoud is gebaseerd op de regionale transmurale afspraken (RTA) palliatieve zorg opgesteld door RSO TRIJN en het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. De wegwijzer maakt de route inzichtelijk die een patiënt en diens naasten in de palliatieve fase kunnen doorlopen - vanaf de signalering tot en met de nazorg. Deze route loopt zelden lineair. Elke fase bevat informatie en hulpmiddelen die jou als zorgverlener ondersteunen bij het tijdig signaleren van behoeften, het organiseren van passende zorg en het versterken van samenwerking.

Deze wegwijzer is nooit af. Het wordt steeds aangepast naar nieuwe inzichten en ontwikkelingen in de zorg voor mensen in de palliatieve fase en hun naasten. Zijn er verbeterpunten of vragen? Laat het ons weten via [m.velting@careyn.nl](mailto:m.velting@careyn.nl)

### Belangrijke informatie en ondersteuning

- [Palliaweb](#)
- [App: Palliarts](#)
- [Palliatieteam Midden Nederland \(PTMN\)](#)
- [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland](#)





## 1. SIGNALERING

### 1.1. Wat

Bij mensen met een ongeneeslijke aandoening is tijdige signalering van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid essentieel. Dit helpt zorgverleners, patiënten en naasten om te anticiperen op (potentiële) zorgproblemen, wat de kwaliteit van leven verbetert.

### 1.2. Wie

Signalering van de palliatieve fase kan door zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn worden gedaan, maar ook door patiënten, naasten of anderen.

### 1.3. Hoe

Degene die signaleert bespreekt de bevindingen met de behandelend arts (huisarts of specialist/regiebehandelaar). De behandelend arts beoordeelt samen met de patiënt of de palliatieve fase is aangebroken. Leg de afspraken vast in het dossier en deel deze met betrokken zorgverleners.

Er zijn verschillende tools beschikbaar om de zorgverlener te ondersteunen in tijdige herkenning van de palliatieve fase. Deze tools kunnen zorgverleners helpen meer bewust te zijn van de palliatieve fase. Ook voor verschillende doelgroepen (zoals anderstaligen, verstandelijk gehandicapten of de GGZ) is de surprise question beschikbaar.

#### Hulpmiddelen

- [Surprise Question](#)
- [Palliatief redeneren](#)
- [Handleiding Cura](#)
- [Beslisschijf palliatief redeneren](#)





## 2. MARKERING

### 2.1. Wat

Markeren maakt duidelijk dat genezing niet meer mogelijk is en dat de laatste levensfase is aangebroken. Markering kan op drie momenten in het proces plaatsvinden: bij de palliatieve fase, de terminale fase en de stervensfase. Het doel van markeren is dat de professional tijdig met de patiënt in gesprek gaat over vooruitzichten en wensen met betrekking tot verdere behandeling, begeleiding en zorg. Dit biedt zowel de patiënt als zorgverleners houvast bij behandelkeuzes en het bespreekbaar maken van wensen. Leg afspraken vast in het dossier en deel deze met betrokken zorgverleners. Ook als er sprake is van 'niet willen weten', is registratie belangrijk.

### 2.2. Wie

De (verpleegkundig) specialist of huisarts markeert de palliatieve fase en coördineert de noodzakelijke zorg. Bij deze markering inventariseert de regiebehandelaar welke ondersteuning wenselijk is.

### 2.3. Hoe

- Voer een markeringsgesprek waarin de regiebehandelaar het slechte nieuws bespreekt en afspraken maakt met de patiënt en naasten. De regiebehandelaar houdt daarbij rekening met individuele wensen.
- Leg de markering en bijbehorende afspraken vast in het patiëntendossier en deel deze met betrokken zorgverleners.
- Controleer of het PZP-proces al is doorlopen: Zoja, evaluateer en plan een vervolgggesprek om aanvullende wensen vast te leggen. Zo niet, informeer de patiënt en plan een PZP-gesprek met de patiënt en naasten.

Regiebehandelaren kunnen gebruik maken van diverse hulpmiddelen om de palliatieve fase te markeren bij aandoeningen zoals oncologie, hartfalen, COPD en kwetsbare ouderen.

#### Hulpmiddelen

- Surprise Question-markeringskaart
- SPICT (Supportive & Palliative Care Indicators Tool)
- Eerste lijn markeringshulpmiddelen
- Tweede lijn markeringshulpmiddelen
- Handreiking slechtnieuwsgesprek





## 3. PROACTIEVE ZORGPLANNING

### 3.1. Wat

Proactieve zorgplanning (PZP) (ook wel laatste levensfasegesprekken) is een proces van gesprekken waarin samen met de patiënt en diens naasten toekomstige zorg- en behandelwensen en grenzen worden besproken en vastgelegd. Wensen kunnen door de tijd heen veranderen. Regelmatig herhalen van de gesprekken is daarom essentieel. Zorg- en behandelwensen (tijdig) bespreken, zorgt ervoor dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt. Dit voorkomt niet-passende zorg en helpt naasten in het nemen van moeilijke beslissingen als de patiënt dit zelf niet meer kan.

### 3.2. Wie

De behandelend arts of regiebehandelaar voert het gesprek over behandelwensen en grenzen. Alle betrokken zorgverleners kunnen gesprekken over levenswensen en zorgwensen voeren, mits dit goed wordt afgestemd en vastgelegd.

### 3.3. Hoe

Onderwerpen voor een PZP-gesprek:

- Levenswensen: gericht op kwaliteit van leven en zorgbehoeften.
- Behandelwensen: gericht op behandelgrenzen en wilsverklaringen richting het levenseinde. Bespreek op basis van de waarden en opvattingen van de patiënt haalbare doelen voor de huidige en toekomstige zorg. Denk aan onderwerpen zoals de prognose, onvoorspelbaarheid van het beloop, wat-als scenario's en vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid.

#### Informatie en ondersteuning

- Wensenboekje
- Toolkit Advance Care Planning (Palliaweb)
- Digitale initiatieven proactieve zorgplanning (Palliaweb)
- Praten over het levenseinde – KNMG
- Praatplaat laatste jaar palliatieve fase (KKPZ)





### 3. PROACTIEVE ZORGPLANNING

De gesprekken en vastlegging gebeuren volgens de Richtlijn Proactieve Zorgplanning.

- Neem in gesprekken de vier dimensies van palliatieve ondersteuning (lichamelijk, psychisch, zingeving, sociaal) mee.
- Leg behandelwensen en grenzen vast in het PZP-formulier 'Uniform vastleggen proactieve zorgplanning' of een vergelijkbaar formulier dat gedeeld kan worden. Deel dit met zorgverleners, de patiënt en diens naasten en zorg ervoor dat het 24/7 beschikbaar is. Je kunt het ook meegeven aan de patiënt.
- Stem met alle betrokken zorgverleners af wie wat bespreekt en wie welke taak op zich neemt.

Proactieve zorgplanning is geen eenmalig gesprek, maar een doorlopend proces. Wensen en behoeften kunnen in de tijd veranderen. Het is belangrijk om de gesprekken regelmatig te herhalen en gemaakte afspraken indien nodig aan te passen.

Er zijn meerdere PZP formulieren beschikbaar die in de digitale systemen van de organisatie mogelijk zijn. Vraag na welke afspraken er in de organisatie zijn of welk formulier wordt gebruikt. In de Richtlijn Proactieve Zorgplanning wordt dit formulier aangeraden.

Om de wensen op voorhand te verkennen kan de patiënt gebruik maken van de keuzehulp op Thuisarts.nl. Dit kan het gesprek bevorderen. Indien de patiënt dit wenst, kan het wensenboekje worden gebruikt naast een Individueel Zorgplan (IZP). Dit richt zich voornamelijk op welzijn en de wensen en behoeften van de patiënt, met aandacht voor alle vier domeinen: lichamelijk, psychisch, sociaal en zingeving. Bij contact met zorgverleners kan het boekje dienen als leidraad in het gesprek.





## 4. BEHANDELING

Naast alles wat het ziek zijn al met zich meebrengt, staat een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid samen met de naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. Door het complexe en gefragmenteerde zorgsysteem is dit een uitdaging. Daarom vergt goede kwaliteit van palliatieve zorg coördinatie, continuïteit van zorg en het vooruit plannen en organiseren.

Als zorgverlener is het belangrijk om continu aandacht te besteden aan de onderstaande aspecten die invloed hebben op de kwaliteit van leven:

- **Ondersteuning thuis:** Soms is er alleen behoefte aan het ontlasten van mantelzorgers, zonder dat opname in een hospice nodig is. Als opname (nog) niet nodig is, kunnen vrijwilligers vanuit VPTZ of hospices ondersteuning bieden in de thuissituatie, ziekenhuis of verpleeghuis. Deze hulp kan worden aangevraagd door patiënt, naasten of zorgverleners en biedt verlichting voor mantelzorgers.
- **Medicatie:** De regiebehandelaar voert een medicatiereview uit in overleg met de apotheek. De medicatie richt zich op kwaliteit van leven en wordt afgestemd op de palliatieve patiënt en de fase waarin die zich bevindt. Beoordeel welke medicijnen nodig blijven, stel noodmedicatie beschikbaar, en pas waar nodig hulpmiddelen toe. Voorschriften en wijzigingen worden gedeeld met de apotheek, betrokken zorgverleners en opgenomen in het dossier. Bij opname of ontslag vindt medicatieoverdracht plaats tussen betrokken apotheken en zorgverleners om continuïteit te waarborgen. Op sommige plekken in de regio ontstaat het initiatief voor Farmabuddy's. Dit zijn vaste contactpersonen in de apotheek voor patiënten in de palliatieve fase, hun mantelzorgers en zorgverleners. Ze denken mee om problemen met medicatie en hulpmiddelen te voorkomen. In de terminale fase kan de huisarts een Palliakit voorschrijven. Deze biedt snel toegang tot noodmedicatie en hulpmiddelen bij acute situaties. Voor advies bij complexe situaties kan contact worden opgenomen met het [Palliatieteam Midden Nederland \(PTMN\)](#). Zie ook 2.1. in de [RTA](#).
- **Voorlichting:** Tijdens het palliatieve proces hebben patiënten en naasten behoefte aan duidelijke uitleg, bijvoorbeeld over wat hen te wachten staat en hoe daarmee om te gaan – zeker bij taalbarrières. De regiebehandelaar bewaakt dat patiënten en naasten heldere voorlichting krijgen over de palliatieve fase, behandeling en leefregels. Besteed bij de voorlichting ook aandacht aan de sociale omstandigheden met specifiek ook informatie naar (jonge) kinderen. De terugvraagmethode helpt om te checken of informatie goed is begrepen. Zorg ook voor toegang tot praktische informatie over de palliatieve en terminale fase, zoals de [wegwijzer Palliatieve Zorg voor patiënten en naasten](#), [Over Palliatieve Zorg](#) of [Thuisarts.nl](#).





## 4. BEHANDELING

De RTA bevat meer informatie over andere onderwerpen die relevant kunnen zijn in deze fase, zoals E-health, Wilsonbekwaamheid bij ouderen, Acute zorg in de palliatieve fase, Kinderpalliatieve zorg, etc.

### 4.1. Regiebehandelaar

Elke patiënt heeft een regiebehandelaar. De regiebehandelaar zorgt voor coördinatie van zorg en afstemming tussen verschillende zorgverleners in de palliatieve fase. Alle zorgverleners blijven verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg binnen het eigen specialisme, maar werken samen met korte lijnen en duidelijke communicatie. Een casemanager of zorgcoach kan aanvullend helpen bij praktische coördinatie en het contact met zorgverleners.

De regiebehandelaar is vaak een arts, maar kan ook een verpleegkundig specialist of andere zorgverlener zijn, afhankelijk van de situatie. Dit wordt samen met de betrokken zorgverleners afgestemd en vastgelegd. Patiënten en naasten moeten weten wie deze rol vervult.

Tijdens de palliatieve fase zijn er drie scenario's:

- Ziektegerichte fase: regiebehandelaar is vaak een medisch specialist, verpleegkundig specialist of huisarts.
- Symptoomgerichte fase: regiebehandelaar is meestal een eerstelijnszorgverlener.
- Terminale fase: regiebehandelaar is een eerstelijnszorgverlener.

Bij overdracht vindt overleg plaats met de patiënt en zorgverleners. De overdracht wordt gedocumenteerd in het zorgdossier en gedeeld met het team. Bij acute en/of complexe problematiek vindt telefonisch overleg plaats. Dit proces heet een *warme overdracht*.





## 4. BEHANDELING

### 4.2. Acute zorg

Bij acute situaties (zoals benauwdheid, ernstige pijn of plotselinge verslechtering) in de palliatieve zorg is het belangrijk om snel en gericht te handelen. Het doel is onnodige bezoeken aan de eerste hulp te vermijden. Als een patiënt in de palliatieve fase toch op de SEH belandt, speelt de huisarts een cruciale rol in het overdragen van behandelwensen en zorgafspraken, zodat deze zichtbaar zijn voor spoeddiensten.

In acute situaties wordt, waar mogelijk, de regiebehandelaar betrokken. Als deze niet bekend is of de palliatieve situatie onverwacht optreedt, kan hulp worden ingeroepen via het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (ZCC). Het ZCC heeft actuele gegevens van alle organisaties binnen het netwerk die acute palliatieve zorg kunnen leveren, inclusief beschikbare opnameplaatsen. In overleg zorgt het ZCC snel voor een passende match, zodat zorg direct kan starten.

In de Netwerken Palliatieve Zorg Utrecht stad en Zuidoost-Utrecht wordt het concept PalliCare ontwikkeld. Dit biedt ondersteuning bij urgente en tijdelijke palliatieve zorg, thuis of met kortdurend verblijf elders, via een transmuraal netwerk van regionale zorgaanbieders.

### 4.3. Kinder palliatieve zorg

Kinderpalliatieve zorg komt relatief weinig voor. Deze specifieke zorg vraagt om deskundige ondersteuning op maat.

De kinderpalliatieve zorg wordt ondersteund door KCT's. Het KCTU (Kinder Comfort Team Utrecht) is het team dat in de regio Midden-Nederland actief is. Het werkt nauw samen met het Netwerk Integrale Kindzorg (NIK), van het Landelijk Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

#### Hulpmiddelen

- PalliArts-app (IKNL)
- Palliakit
- Richtlijnen en handreikingen palliatieve zorg (Palliaweb)
- Netwerk Integrale Kindzorg Utrecht
- Kinder Palliatieve Zorg





## 5. TERMINALE FASE

Ook bij de terminale fase zijn signalering en markering van belang. Wanneer is vastgesteld dat de laatste fase van het leven is aangebroken – meestal weken tot enkele maanden – bespreekt de regiebehandelaar dit met de patiënt en diens naasten.

### 5.1. Wensen en grenzen bespreken

De regiebehandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg voert – samen met de patiënt en diens naasten – tijdig een verdiepend gesprek over het naderend overlijden. Centraal in dit gesprek staat de vraag: wat vindt de patiënt écht belangrijk in deze fase van het leven?

Bespreek in deze fase opnieuw de wensen en grenzen:

- Behandeling: uitleg over mogelijke symptomen en de behandeling daarvan, het afzien van ongewenste levensverlengende behandelingen, heroverweging van medicatie, het reanimatiebeleid.
- Beslissingen rondom het levenseinde: gewenste plaats van sterven, palliatieve sedatie of euthanasie, wie beslist wanneer de patiënt dit niet kan.
- Praktische punten: begrafenis of crematie, uitvaartverzorger, indien relevant – contact met een notaris over een testament of andere formele zaken.
- Ondersteuning: draagkracht van mantelzorgers, inzet van vrijwilligers palliatieve terminale zorg (VPTZ), overweging van opname in een hospice, ondersteuning door een geestelijk verzorger.
- Laatste wensen: Wat wil de patiënt nog graag doen, zien of beleven in deze laatste fase? Dit kunnen grote en kleine wensen zijn. Geef de patiënt mee om goed na te denken over zijn keuzes. Leg uit dat het energieniveau bepalend kan zijn en dat de patiënt ook zaken mag afstoten.

Stem de onderwerpen af op de situatie en voorkeuren van de patiënt en diens naasten. Leg de besproken wensen en behoeften zorgvuldig vast en zorg voor goede uitwisseling met andere betrokken disciplines. Dit is een dynamisch proces is: niet alle onderwerpen hoeven in één gesprek aan bod te komen. Zorg daarom voor opvolging van het gesprek.

### Informatie en ondersteuning

- [Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg](#)
- [Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase](#)
- [Checklist tijdig praten over het levenseinde](#)
- [Handreiking slecht-nieuwsgesprek](#)

In deze fase kunnen verschillende organisaties iets betekenen voor patiënt en naasten. Zoals [Stichting Komma](#), [Wensambulance](#) of [Stichting Vaarwens](#)





## 5. TERMINALE FASE

*\*De levensverwachting is soms moeilijk in te schatten. Indicaties zoals verminderde voedingstoestand, functionaliteit, ziekte progressie en wat de patiënt zelf aangeeft kunnen hierin helpend zijn.*

### 5.2. Plaats van sterven

Bespreek tijdig de gewenste plaats van sterven met patiënt en naasten. Sterven kan zowel thuis, in een hospice, in een ziekenhuis of in een verpleeghuis. Bespreek wat de patiënt wil en wat haalbaar is met de beschikbare zorg. Leg deze afspraken vast. Houd er rekening mee dat dit wensen betreft en dat de daadwerkelijke situatie rondom het sterven soms anders kan verlopen dan vooraf gehoopt of gepland.

### Ondersteuning thuis

In de terminale fase kunnen vrijwilligers van de VPTZ ingezet worden ter ondersteuning van de patiënt en diens naasten. Dit doen zij door te luisteren, praktische hulp te bieden of te waken. Deze ondersteuning kan helpen om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten en rust te brengen. In de terminale fase kan de huisarts een Palliakit voorschrijven. Dit biedt snel toegang tot noodmedicatie en hulpmiddelen bij acute situaties.

### Hospicezorg

Hospices bieden multidisciplinaire zorg door verpleegkundigen, een hospice-arts of de eigen huisarts, en getrainde vrijwilligers. Ze bieden in een huiselijke setting zorg op alle dimensies van palliatieve zorg: lichamelijke, psychische, sociale en spirituele ondersteuning. Niet elk hospice is ingericht op complexe situaties (zoals psychiatrie, verslaving of dementie); vooraf overleg hierover is essentieel.

- Aanmelding: patiënten worden meestal aangemeld door de transferafdeling van een ziekenhuis, een huisarts of een thuiszorgorganisatie. Aanmelding kan telefonisch, via Zorgdomein of via het contactformulier van een hospice. Urgentie, sociale/psychische factoren, zorgzwaarte en levensverwachting\* worden meegewogen bij de beoordeling. Beschikbare plekken in hospices zijn te vinden via Zorgdomein, de Palliatieve ZorgZoeker of het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC). Vrije bedden in de regio staan op [Palliaweb](#).
- Opname: dit vraagt om volledige overdracht van medische en psychosociale gegevens, inclusief medicatiedossier. In overleg wordt bepaald of de zorg wordt overgenomen door de hospice-arts of dat de eigen huisarts betrokken blijft. Financiële aspecten, zoals eigen bijdragen, worden vooraf besproken om barrières te voorkomen.





## 6. STERVENSFASE

Het is belangrijk dat er – in afstemming met de patiënt en diens naasten – duidelijke afspraken zijn over de zorg rondom het overlijden en dat dit georganiseerd is (denk aan de inzet van ondersteuning en aanwezigheid van hulpmiddelen).

Indien er sprake is van bijzondere omstandigheden rondom de stervensfase, is het wenselijk de andere zorgaanbieders te informeren. De apotheker zal betrokken moeten worden indien er sprake is van een euthanasiewens. Als er sprake is van *‘Bewust afzien van eten en drinken (Bsted)’* of palliatieve sedatie is goede voorlichting naar naasten belangrijk.

### Hulpmiddelen

- [Zorg in de stervensfase](#)
- [Richtlijn Zorg in de Stervensfase](#)
- [Levenseinde](#)





## 7. ZORG NA OVERLIJDEN

Bij overlijden informeert de regiebehandelaar tijdig alle betrokken zorgverleners over de stervensfase of het overlijden. Dit gebeurt bij voorkeur telefonisch en met schriftelijke bevestiging. Een bevoegd arts, doorgaans de huisarts, voert de schouw van de overledene uit. De arts stelt de dood vast en vult de overlijdenspapieren in. De betrokken arts geeft informatie over de procedures indien er sprake is van euthanasie.

Bij overlijden in de thuissituatie organiseert de huisarts, in overleg met de regiebehandelaar, de nazorg. Hierbij worden ook andere betrokkenen geïnformeerd, zoals thuiszorg en apotheek.

De regiebehandelaar houdt overzicht over de geboden nazorg. Nazorg is belangrijk bij de verwerking van een overlijden. De behoefte van de nabestaanden bepaalt de vorm.

De zorgverlener die de nazorg verleent regelt de afstemming.

Het is belangrijk oog te hebben voor de nabestaanden. De regiebehandelaar geeft zelf invulling aan de nazorg (denk bijvoorbeeld aan een bezoek of het sturen van een kaart/brief).

PaTz-groepen bieden structureel de gelegenheid voor After Death Analysis (ADA). Dit kan helpen om de verleende zorg te evalueren en de samenwerking te verbeteren.

### Informatie en ondersteuning

- Richtlijn Lijkschouw voor behandelend artsen
- Richtlijn rouw in de palliatieve fase
- Hulp en advies bij rouw
- Een dierbare verliezen (folder voor naasten)





## CONSULTATIE & VERWIJZING

### Consultatie

Bij complexe situaties of twijfel over behandeling, symptoombestrijding of communicatie kan consultatie helpen om passende zorg te bieden. In de palliatieve fase zijn er verschillende vormen om de situatie van een patiënt te bespreken:

- **Consultatie bij (palliatieve teams van) het ziekenhuis:** Ga na of de patiënt bekend is bij een palliatief team in het ziekenhuis. Zo ja, dan kan consultatie daar plaatsvinden. Ook na overdracht naar de huisarts kan de medisch specialist of het palliatief advies team betrokken blijven.
- **PaTz-groepen van de huisartsenpraktijk:** In de eerste lijn is interdisciplinair overleg mogelijk via PaTz-groepen. Een PaTz-groep bestaat uit huisartsen, gespecialiseerde (wijk)verpleegkundigen en eventueel andere zorgverleners, zoals apothekers, geestelijk verzorgers, ervaren vrijwilligers of hun coördinatoren – onder leiding van een PaTz-consulent. De PaTz-werkwijze helpt om zorgvragen vroegtijdig te signaleren, onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen en ervoor te zorgen dat patiënten vaker op hun voorkeurslocatie kunnen sterven. Het geeft patiënten en mantelzorgers een gevoel van veiligheid, doordat zorgverleners beter samenwerken en emoties kunnen delen.
- **Gespecialiseerde verpleegkundigen, PTMN en STMN:** Bij de zorg voor een patiënt in de palliatieve fase kan een gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg vanuit de thuiszorgorganisatie betrokken zijn. Zij zijn beschikbaar voor consultatie en ondersteuning. Voor complexe vragen over pijnbestrijding, medicatie bij psychiatrische problematiek of medisch-technische handelingen is het Palliatief Team Midden Nederland (PTMN) beschikbaar. Het Specialistisch Team Midden Nederland (STMN) kan worden ingezet voor specialistische handelingen in de thuissituatie. Dit team biedt expertise wanneer reguliere zorgverleners onvoldoende mogelijkheden hebben.
- **Multidisciplinair overleg (MDO):** Bij complexe casussen kan een patiënt besproken worden in een regionaal MDO met alle betrokken zorgverleners.





## CONSULTATIE & VERWIJZING

### Verwijzing

Bij verwijzing tussen zorgverleners (eerste, tweede lijn en VVT) wordt naast de reguliere medische en verpleegkundige overdracht ook gedeeld:

- Het behandeldoel (bijvoorbeeld genezing, symptoombestrijding of comfortzorg).
- Behandelwensen en -grenzen.
- Actueel medicatieoverzicht.
- Contactgegevens van de regiebehandelaar en betrokken zorgverleners.
- Belangrijkste problemen en te verwachten uitdagingen (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel). Vervolgbeleid en een individueel zorgplan (indien beschikbaar).

Alle betrokken zorgverleners ontvangen dezelfde overdracht.

- Schriftelijke en verpleegkundige overdracht: de overdracht wordt vastgelegd in een verwijs- of ontslagbrief. Indien van toepassing wordt een verpleegkundige overdracht toegevoegd, bijvoorbeeld voor de betrokken thuiszorg of gespecialiseerd verpleegkundige.
- Gespecialiseerd verpleegkundige: een palliatief gespecialiseerd verpleegkundige kan in een vroeg stadium worden ingeschakeld, ook als thuiszorg nog niet nodig is. Deze verpleegkundige monitort, bespreekt wensen, informeert over mogelijkheden en schakelt tijdig hulp of hulpmiddelen in.

### Hulpmiddelen

- Palliatief Team Midden Nederland (PTMN): 088 605 14 44 (24/7 bereikbaar)
- Palliatieve teams in ziekenhuizen: St. Antonius Ziekenhuis, UMC Utrecht, Diakonessenhuis, Meander Medisch Centrum
- Centrum voor Levensvragen Midden-Nederland
- Overzicht PaTz-groepen (Palliaweb)
- Regionale overzichten: Utrecht stad en Zuidoost-Utrecht, Eemland, Noordwest Utrecht en Zuid