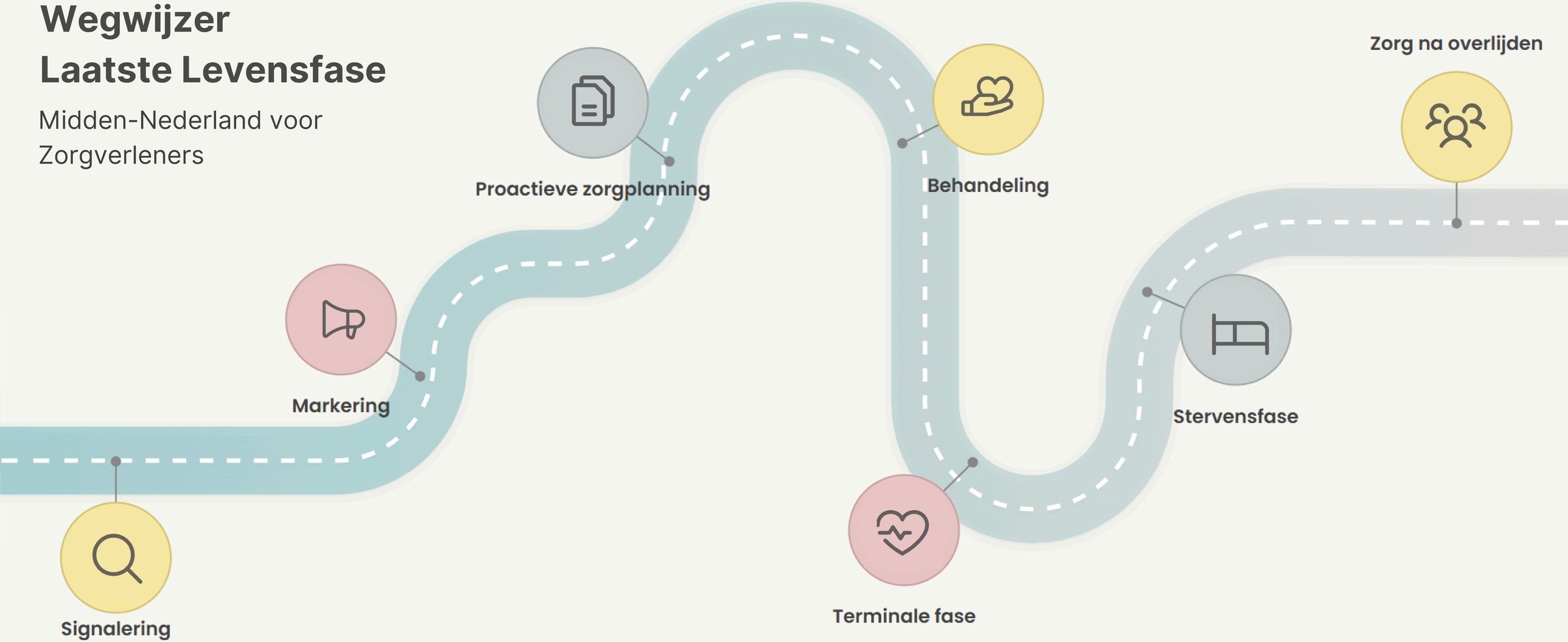
Wegwijzer
Laatste Levensfase

Midden-Nederland voor
Zorgverleners



Casemanager Palliatieve Zorg

Consultatie & 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 in ‘Een kwestie van geluk’.

Belangrijke informatie en ondersteuning

- Palliaweb
- App: Palliarts
- Palliatieteam Midden Nederland (PTMN)
- Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland
- Regionale Visie Palliatieve Zorg

Deze wegwijzer is bedoeld voor zorgverleners en biedt houvast en overzicht in het palliatieve zorglandschap van de regio Midden-Nederland. De inhoud is onder andere 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.
Zijn er verbeterpunten of vragen? Laat het ons weten via i.vanlaar@zorgspectrum.nl

1. SIGNALERING

1.1. Wat
Signaleren is het tijdig herkennen dat bij een patiënt met een ongeneeslijke aandoening of kwetsbaarheid sprake is van (versnelde) achteruitgang, en deze signalen bespreken en doorgeven aan de behandelend arts. Bij mensen met een levensbedreigende aandoening of hoge kwetsbaarheid is tijdige signalering 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 alle zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn worden gedaan, maar ook door patiënten, naasten of anderen.

1.3. Hoe
Degene die verandering in de situatie van de patiënt signaleert, bespreekt deze bevindingen met de behandelend arts (huisarts of specialist).

Er zijn verschillende tools beschikbaar die bewustzijn over de palliatieve fase vergroten en zorgverleners ondersteunen in tijdige herkenning van de palliatieve fase.

Hulpmiddelen
- Surprise Question
- Surprise Question-markeringskaart
- SPICT (Supportive & Palliative Care Indicators Tool)

2. MARKERING

2.1. Wat

Markeren is het expliciet vaststellen van de overgang naar een zorgfase waarin de kwaliteit van het resterende leven en het sterven centraal staat i.p.v. primaire focus op genezing van de ziekte. Markering kan op drie momenten in het proces plaatsvinden: bij de palliatieve fase, de terminale fase en de stervensfase. Het doel is dat het patiënt, naasten en andere zorgverleners duidelijk wordt dat de palliatieve fase is aangebroken en dat er speciale aandacht komt voor communicatie (proactieve zorgplanning) over kwaliteit van leven. Dat betekent een verschuiving van de doelstellingen en behandelaanpak. Dit helpt medische interventies te voorkomen die niet bijdragen aan kwaliteit van leven.

2.2. Wie

De behandelaar - samen met eventuele andere zorgverleners - stelt vast (markeert) dat de palliatieve fase begint.

2.3. Hoe

Er zijn diverse hulpmiddelen beschikbaar om te ondersteunen in de markering van de palliatieve fase - ook bij specifieke aandoeningen (zoals oncologie, hartfalen, COPD en kwetsbare ouderen).

- De behandelaar voert een markeringsgesprek met de patiënt (en naasten), waarin hij/zij bespreekt dat de palliatieve fase is aangebroken.
- De behandelaar legt de markering en bijbehorende afspraken vast in het patiëntendossier en informeert overige betrokken zorgverleners.
- De behandelaar inventariseert welke ondersteuning wenselijk is en coördineert dit.

Na markering van de palliatieve biedt de huisarts - indien deze functie in de regio beschikbaar is - de patiënt een gesprek aan met de Casemanager Palliatieve Zorg en meldt de patiënt bij interesse telefonisch aan.

Hulpmiddelen

- Surprise Question-markeringskaart
- SPICT (Supportive & Palliative Care Indicators Tool)
- Handreiking slechtnieuwsgesprek
- Infographic: Slecht nieuws gesprek
- Hulpmiddelen Palliatieve Zorg

3. PROACTIEVE ZORGPLANNING

Informatie en ondersteuning

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

3.1. Wat

Proactieve zorgplanning (PZP) is een vast onderdeel van de zorg in de palliatieve fase. Het is een doorlopend proces van gesprekken over levensdoelen, wensen en behoeften en de zorg die daarbij past. Het richt zich op het tijdig vooruitdenken, plannen en organiseren van passende zorg. PZP omvat zowel de fysieke, psychische, sociale als de zingevingsdimensie.
Het draagt er aan bij dat de zorg zo veel mogelijk aansluit op de persoonlijke situatie, wensen en behoeften van de patiënt. Dit leidt tot meer kwaliteit van leven, minder ongewenste zorg en betere communicatie tussen alle betrokkenen.

3.2. Wie

De behandelaar is verantwoordelijk voor het proces en de coördinatie van PZP. Alle betrokken zorgverleners kunnen, in afstemming, het initiatief nemen en bijdragen aan PZP-gesprekken. Ook patiënt en naasten kunnen een gesprek starten.
Indien een Casemanager Palliatieve Zorg bij de patiënt betrokken is, kan deze ondersteunen bij de gespreksvoering en het proces rondom PZP.

3.3. Hoe

PZP-gesprekken volgen de *Richtlijn Proactieve Zorgplanning*. Controleer allereerst of er al PZP-gesprekken zijn gevoerd.

- Zo ja, evalueer en plan een vervolggesprek.
- Zo niet, informeer de patiënt en plan een gesprek met patiënt en naasten.

De uitkomsten worden vastgelegd op een vaste plek in het dossier en gedeeld met alle betrokken zorgverleners.
PZP is geen eenmalig gesprek, maar een continu en dynamisch proces. Omdat wensen door de tijd heen kunnen veranderen, is het essentieel de afspraken regelmatig te evalueren en zo nodig bij te stellen.

3. PROACTIEVE ZORGPLANNING

Gespreksvoering:

- Vertel de patiënt wat het doel is van het gesprek en overweeg de patiënt voorafgaand aan een gesprek informatie te geven over proactieve zorgplanning. Om de wensen op voorhand te verkennen kan de patiënt gebruik maken van de keuzehulp op Thuisarts.nl. Dit kan helpen bij het voeren van het gesprek.
- Belangrijke gespreksonderwerpen zijn (zie gesprekskaart bij de richtlijn):
  - Wat belangrijk is voor de patiënt;
  - Hoe te handelen in scenario's die waarschijnlijk of mogelijk (op korte termijn) zullen optreden in het ziekteproces van de patiënt;
  - Hoe te handelen in situaties waarin overleg met de patiënt niet mogelijk is;
  - De onderwerpen die de patiënt wenst te bespreken.
- Doseer gesprekken. Overweeg een vervolgafspraak te maken als niet alles in één gesprek aan bod kan komen.

Vastlegging:

- Vermeld op een vaste, hiervoor toegewezen plaats in het elektronisch patiëntendossier dat er gestart is met proactieve zorgplanning.
- Leg behandelwensen en -grenzen vast in het PZP-formulier 'Uniform vastleggen van proactieve zorgplanning' of een vergelijkbaar formulier dat gedeeld kan worden. Beschrijf zo concreet en eenduidig mogelijk wat de behandelwens of -grens is, zodat dit voor alle betrokken beroepsgroepen duidelijk is. Actualiseer dit na een vervolggesprek. Vermeld de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt en diens contactgegevens. Deel dit formulier met zorgverleners, de patiënt en diens naasten en zorg ervoor dat het 24/7 beschikbaar is. Je kunt het ook meegeven aan de patiënt.
- Indien de patiënt dit wenst, kan het wensenboekje worden gebruikt. Dit richt zich voornamelijk op welzijn en de wensen en behoeften van de patiënt, met aandacht voor alle vier de domeinen. Dit boekje kan dienen als leidraad in het gesprek met zorgverleners.

4. BEHANDELING EN BEGELEIDING

Hulpmiddelen

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

Door het complexe en gefragmenteerde zorgsysteem vraagt goede palliatieve zorg om coördinatie, continuïteit en vooruit plannen.
Bij complexe situaties of twijfel over behandeling, symptoombestrijding of communicatie kan consultatie helpen om passende zorg te bieden. Zie hiervoor het hoofdstuk 'Consultatie & verwijzing'.

4.1. Verantwoordelijkheid

De behandelaar draagt zorg voor de coördinatie en afstemming tussen verschillende disciplines in de palliatieve fase. De verpleegkundig speacialist (VS) of Physician Assistant (PA) kan hier ook een rol in spelen. Iedere zorgverlener blijft verantwoordelijk binnen het eigen specialisme, maar werkt samen met korte lijnen en duidelijke communicatie.

Een vast aanspreekpunt (zoals de casemanager) kan de patiënt en diens naasten aanvullend ondersteunen door wensen en grenzen te bespreken, informatie en advies te geven en tijdig de juiste zorgverleners en ondersteuning in de regio te betrekken en te verbinden.
Bij overdracht vindt overleg plaats met de patiënt en betrokken zorgverleners. De overdracht wordt vastgelegd in het zorgdossier. In acute of complexe situaties vindt telefonisch overleg plaats — de zogenaamde *warme overdracht*.

4.2. Behandeling van symptomen

Palliatief redeneren is een methodiek voor besluitvorming rondom symptoommanagement in de palliatieve fase. Het is een aangepaste methode van klinisch redeneren. Zorgverleners passen deze methode toe bij de analyse en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Palliatief redeneren bevordert communicatie en samenwerking tussen zorgverleners.

4. BEHANDELING EN BEGELEIDING

Palliatief redeneren bestaat uit vier stappen:

1. Inventariseer de lichamelijke en psychische symptomen, sociale en existentiële zorgen en waarden en de wensen en behoeften van de patiënt;
2. Analyseer en prioriteer de symptomen en zorgen;
3. Maak een doelgericht en proactief beleid zodat patiënten zorg op maat ontvangen;
4. Blijf continu het beleid evalueren en bijstellen.

4.3. Medicatie(review)

De behandelaar voert, in overleg met de apotheek, een medicatiereview uit. De medicatie is gericht op kwaliteit van leven en wordt afgestemd op de 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 opgenomen in het dossier en gedeeld met de apotheek en betrokken zorgverleners. Bij opname of ontslag vindt medicatieoverdracht plaats tussen betrokken apotheken en zorgverleners om continuïteit te waarborgen.

- In sommige delen van de regio wordt gewerkt met ‘farmabuddy’s’: vaste contactpersonen binnen de apotheek voor palliatieve patiënten, mantelzorgers en zorgverleners. Zij denken mee over medicatie en hulpmiddelen en helpen problemen voorkomen.
- In de terminale fase kan de huisarts een *Palliakit* voorschrijven, waarmee snel noodmedicatie en hulpmiddelen beschikbaar zijn bij acute situaties.

4.4. Ondersteuning van patiënt en naasten

- **Voorlichting**: Tijdens de palliatieve fase hebben patiënten en naasten behoefte aan duidelijke uitleg over wat hen te wachten staat. De behandelaar bewaakt dat patiënten en naasten heldere voorlichting krijgen over de palliatieve fase en behandeling. Hierbij is aandacht voor taalbarrières en sociale omstandigheden van belang. Verwijs waar passend naar praktische informatie over de palliatieve en terminale fase, zoals de wegwijzer Palliatieve Zorg voor patiënten en naasten, Over Palliatieve Zorg of Thuisarts.nl.
  De terugvraagmethode helpt om te checken of informatie goed is begrepen.

- **Ondersteuning door een casemanager**: In sommige regio's is een Casemanager Palliatieve Zorg beschikbaar. De casemanager is een ervaren zorgverlener met veel kennis van palliatieve zorg en biedt ondersteuning aan patiënten en hun naasten in de palliatieve fase. Dit zorgt voor rust en duidelijkheid. De casemanager is een vast aanspreekpunt; houdt overzicht en helpt om de zorg goed te regelen; helpt bij het nadenken en bespreken van wensen en grenzen; en geeft advies en denkt mee over passende zorg en ondersteuning.
- **Ondersteuning thuis**: speciaal opgeleide vrijwilligers van de VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) of hospices kunnen de patiënt en naasten ondersteunen door te luisteren, praktische hulp te geven of te waken. Deze ondersteuning kan mantelzorgers tijdelijk ontlasten en rust te brengen in de laatste fase. Deze ondersteuning kan worden aangevraagd door de patiënt, naasten of zorgverleners.

4.5. Acute zorg

Acute palliatieve zorg richt zich op het snel verlichten van ondraaglijke symptomen (zoals pijn, benauwdheid, angst, delier, bloedingen) in de laatste levensfase om onnodige SEH-bezoeken te voorkomen. Het is zeer belangrijk om hierbij de PZP te raadplegen waarin scenario's met bijpassende wensen, grenzen en behandelopties staan besproken.
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 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.

4.6. Kinder pallliatieve zorg

Kinderpalliatieve zorg vraagt om deskundige ondersteuning op maat. Deze zorg wordt ondersteund door KCT's. In de regio Midden-Nederland is het KCTU (Kinder Comfort Team Utrecht) actief. Deze werkt nauw samen met het Netwerk Integrale Kindzorg (NIK) van het Landelijk Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg.

5. TERMINALE FASE

Informatie en ondersteuning
In deze fase kunnen verschillende organisaties iets betekenen voor patiënt en naasten, zoals Stichting Komma, Wensambulance of Stichting Vaarwens

Ook bij de terminale fase (de laatste weken tot maanden) zijn signalering en markering van belang.
De behandelaar bespreekt het aanbreken van deze fase met de patiënt en diens naasten.

5.1. Verdiepend gesprek
De behandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg voert tijdig een verdiepend gesprek over het naderend overlijden met de patiënt en diens naasten. In dit gesprek staat de vraag 'Wat vindt de patiënt belangrijk in deze fase van het leven?' centraal. Bespreek opnieuw de wensen en grenzen:

- **Lichamelijke aspecten**: Bespreek welke lichamelijke veranderingen en symptomen in deze fase kunnen optreden en hoe deze behandeld kunnen worden. Geef uitleg over het afzien van ongewenste levensverlengende behandelingen, heroverweging van medicatie en (indien nog niet gedaan) het reanimatiebeleid. Bespreek daarnaast ook scenario's rond het levenseinde, zoals palliatieve sedatie en euthanasie.
  De huisarts kan zo nodig een Palliakit voorschrijven voor snelle toegang tot noodmedicatie en hulpmiddelen.
- **Ondersteuning van patiënt en mantelzorgers**: Wees extra alert op de draagkracht van mantelzorgers en bespreek welke ondersteuning nodig is. Denk aan inzet van vrijwilligers palliatieve terminale zorg (VPTZ), geestelijke verzorging of een mogelijke opname in een hospice. VPTZ-vrijwilligers kunnen in deze fase ondersteuning bieden door te luisteren, praktische hulp te geven of te waken.
- **Gewenste plaats van sterven**: Bespreek (indien nog niet gedaan) de gewenste plaats van sterven (thuis, hospice, ziekenhuis of verpleeghuis) en wat mogelijk en haalbaar is binnen de beschikbare zorg en ondersteuning. Leg deze afspraken vast. Benoem dat wensen richtinggevend zijn, maar dat de feitelijke situatie rondom het sterven anders kan verlopen dan vooraf gehoopt of gepland.

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.

5. TERMINALE FASE

Informatie en ondersteuning

- Hospice overzicht en informatie over verwijzing
- Beschikbare plaatsen hospices in de regio: Noordwest Utrecht en Zuid of Utrecht Stad en Zuidoost Utrecht
- Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg
- Afwegingskader Nachtzorg regio Utrecht

5.2. Voorbereiden op de stervensfase

Indien een patiënt thuis wil overlijden, is het van belang tijdig in kaart te brengen wat nodig is om dit mogelijk te maken (denk hierbij aan mantelzorg, ondersteuning van de wijkverpleging, vrijwilligers van de VPTZ, en eventueel particuliere ondersteuning).
Binnen de regio Utrecht is er een *Afwegingskader nachtzorg* ontwikkelt t.b.v. thuiswonende patiënten met een levensverwachting* korter dan 3 maanden. Dit afwegingskader is bedoeld als ondersteuning voor indicerend wijkverpleegkundigen bij het maken van een onderbouwde keuze voor de inzet van zowel informele- als formele vormen van nachtzorg. Dit kader gaat uit van een stepped-care principe, vrijwillige inzet waar kan, professionele inzet wanneer dat moet (en te verantwoorden is).

Een andere mogelijkheid is overlijden in een hospice. Hospices bieden in een huiselijke setting multidisciplinaire palliatieve zorg door verpleegkundigen, een (hospice of huis-)arts en getrainde vrijwilligers, met aandacht voor lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten.
Niet elk hospice is toegerust op complexe situaties (zoals psychiatrie, verslaving of dementie); voorafgaand overleg hierover is noodzakelijk.

- Aanmelding: patiënten (levensverwachting < 3 maanden) 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 de website van de netwerken, de Palliatieve ZorgZoeker – en in sommige gevallen via het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC).
- 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.

*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.

6. DE STERVENSFASE

Met de stervensfase worden de laatste (tot 7 zeven) dagen van het leven bedoeld. De zorg in deze fase start bij het markeren ervan. Tijdige herkenning is essentieel voor het bieden van passende zorg (zie hiervoor kenmerken van een stervend lichaam).
Goede zorg in de stervensfase richt zich op comfort en symptoombestrijding, zodat onnodig lijden wordt voorkomen. Daarnaast is er aandacht voor ondersteuning van patiënt en naasten, wat bijdraagt aan een waardig afscheid en een gezond rouwproces.
Het Zorgpad Stervensfase ondersteunt zorgverleners bij het tijdig herkennen van de stervensfase en het leveren van kwalitatief goede zorg, conform het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

Hulpmiddelen

- Zorgpad stervensfase
- Zorg in de stervensfase
- Richtlijn Zorg in de Stervensfase
- Levenseinde (KNMG)

6.1. Communicatie met patiënt en naasten

Ook in deze fase is goede informatievoorziening richting patiënt en naasten essentieel. Bespreek na het markeren van de stervensfase wat deze fase inhoudt, wat patiënt en naasten kunnen verwachten, de mogelijke duur en welke ondersteuning mogelijk is. De folder ‘De stervensfase’ kan hierbij worden aangeboden, waarin wordt uitgelegd wat patiënt en naasten in deze fase kunnen verwachten.
Maak in afstemming met patiënt en naasten tijdig duidelijke afspraken over de zorg rond het overlijden en zorg dat benodigde ondersteuning en hulpmiddelen georganiseerd zijn.

7. ZORG NA OVERLIJDEN

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.
De huisartsenpraktijk informeert andere betrokken zorgverleners, zoals thuiszorg en apotheek, over het overlijden.

7.1. Nazorg

Nazorg is belangrijk bij de verwerking van een overlijden. De behandelaar houdt overzicht en geeft invulling aan de nazorg. De behoefte van de nabestaanden bepaalt de vorm.

7.2. After Death Analysis

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)

CASEMANAGER PALLIATIEVE ZORG

In sommige delen van de regio is een Casemanager Palliatieve Zorg beschikbaar. Dit is een ervaren zorgprofessional die patiënten en hun naasten in de laatste levensfase ondersteunt. De focus ligt op het bieden van overzicht, coördinatie en begeleiding, zonder directe zorgverlening.
De casemanager fungeert als vast aanspreekpunt en zorgt voor afstemming tussen alle betrokkenen, met als doel de kwaliteit van leven en sterven te optimaliseren. Het betreft geen nieuwe functie, maar is een rol die belegd is bij reeds bestaande functionarissen (bij voorkeur een verpleegkundige met post-HBO opleiding in palliatieve zorg of aantoonbare ervaring in het werkveld).

Taken
De casemanager palliatieve zorg ondersteunt en begeleidt patiënten en naasten gedurende het gehele palliatieve traject en draagt bij aan rust, overzicht en regie. De casemanager signaleert tijdig zorg- en ondersteuningsbehoeften, bevordert proactieve zorgplanning en stemt de zorg af tussen betrokken zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Daarbij bewaakt de casemanager de continuïteit en kwaliteit van zorg, met een adviserende en coördinerende rol, zonder medische of verpleegkundige taken over te nemen.

Aanmelding
De casemanager is beschikbaar voor alle patiënten:

- met een levensverwachting van minder dan 1 jaar
- bij wie nog geen casemanager dementie of iemand met een vergelijkbare rol betrokken is
- met behoefte aan begeleiding door een casemanager — ook zonder een concrete vraag

Na markering van de palliatieve fase kan de patiënt een gesprek met de casemanager aangeboden krijgen. Indien de Casemanager Palliatieve Zorg in de regio beschikbaar is, is deze bekend bij de huisartsenpraktijk en kan de huisarts de patiënt bij interesse aanmelden.

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:

- In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners of iemand anders met expertise op het gebied van palliatieve zorg binnen de eigen organisatie.
- Casemanager Palliatieve Zorg indien deze bij de patiënt betrokken is.
- **Palliatief Team Ziekenhuis:** wanneer de patiënt bekend is bij een palliatief team in het ziekenhuis kan consultatie via dit team plaatsvinden. Ook na overdracht naar de huisarts kan de medisch specialist of het palliatief advies team betrokken blijven.
- **Palliatief Team Midden Nederland (PTMN):** biedt zorgverleners 24/7 deskundig advies bij complexe palliatieve zorgvragen, zoals moeilijk behandelbare symptomen, twijfel over behandelkeuzes of vragen over communicatie en besluitvorming in de laatste levensfase. Het team denkt mee, zonder de zorg over te nemen, en ondersteunt bij het bieden van passende palliatieve zorg.

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)

PaTz-groepen: dit is een lokale groep van zorgverleners - meestal huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en een palliatief deskundige (consulent) - die regelmatig bij elkaar komt om patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte vroegtijdig in kaart te brengen, de zorgbehoeften te bespreken en de zorgorganisatie daarop af te stemmen. Kracht van een PaTz groep is dat men elkaar laagdrempelig weet te vinden.
Een PaTz-groep is bedoeld voor gezamenlijke bespreking in het netwerk en is geen directe consultatiemogelijkheid zoals het PTMN.

CONSULTATIE & VERWIJZING

Verwijzing
Voor extra ondersteuning in de palliatieve fase kan onder andere worden ingeschakeld:

- Gespecialiseerd verpleegkundige: monitort, bespreekt wensen, informeert over mogelijkheden en schakelt tijdig hulp of hulpmiddelen in. Deze verpleegkundige kan in een vroeg stadium worden ingeschakeld, ook als thuiszorg nog niet nodig is.
- Specialistische verpleegkundige teams in de regio: zij kunnen worden ingezet voor verpleegtechnische handelingen in de thuissituatie. Bijvoorbeeld het Specialistisch Team Midden Nederland (STMN). Deze teams bieden expertise wanneer reguliere zorgverleners onvoldoende mogelijkheden hebben.

Bij verwijzing tussen zorgverleners (eerste lijn, tweede lijn en VVT) ontvangen alle betrokken zorgverleners dezelfde overdracht.
Bij de overdracht wordt - naast de reguliere medische en verpleegkundige overdracht - gedeeld:

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

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.