

Zelfevaluatie palliatieve zorg voor huisartsenpraktijken

Bewustwording en inzicht in de zorg voor patiënten
in de palliatieve fase

Dit document is tot stand gekomen in samenwerking met:



Colofon

Mei 2026

Versie 4.0

Auteurs

Aan versie 4.0 hebben bijgedragen:

Anita van der Wal-Wink | *huisarts, SCEN arts en kaderhuisarts palliatieve zorg i.o.*

Linette Belo | *adviseur Stichting PZNL*

Ilse Brummelhuis | *senior adviseur Stichting PZNL*

De zelfevaluatie palliatieve zorg voor huisartsenpraktijken is in 2021 ontwikkeld door:

Ilse Brummelhuis | *senior projectadviseur Stichting PZNL*

Astrid Kodde | *kaderhuisarts palliatieve zorg en namens PaTz (Palliatieve Zorg Thuis)*

Roos-Marie Tummers | *senior projectadviseur Stichting PZNL*

Carel Veldhoven | *kaderhuisarts palliatieve zorg namens PalHAG (Palliatieve Zorg Huisartsen Advies Groep)*

Fotografie

Adobe Stock

Team Zelfevaluatie palliatieve zorg

Voor informatie en vragen kunt je terecht bij het Team zelfevaluatie palliatieve zorg van Stichting PZNL via zelfevaluatiepz@pzn.nl.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1 Palliatieve zorg algemeen	6
2 Markering	7
3 Proactieve zorgplanning	9
4 Multidimensionele zorg	12
5 Samenwerken & complexe casuïstiek	15
6 Conclusies en leerbehoeften	17
Antwoordformulier Patiënt 1	18
Antwoordformulier Patiënt 2	22
Antwoordformulier Patiënt 3	26

Inleiding

Welkom bij de zelfevaluatie palliatieve zorg voor huisartsenpraktijken.

Zoals de naam al zegt, ga je aan de hand van evaluatievragen kijken naar de manier waarop je zelf palliatieve zorg biedt. De vragen zijn bedoeld om je aan te zetten tot nadenken. En om met collega-huisartsen, die ook de zelf-evaluatie doen, in gesprek te gaan over mogelijkheden om de palliatieve zorg in je dagelijkse werk te verbeteren.

Doel zelfevaluatie palliatieve zorg

De zelfevaluatie palliatieve zorg voor huisartsenpraktijken geeft huisartsen bewustwording en inzicht in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase en vergroot de deskundigheid met betrekking tot palliatieve zorg. Daarnaast kunnen huisartsen hun bevindingen delen en van elkaar leren onder begeleiding van een kaderhuisarts palliatieve zorg. Ten slotte biedt de zelfevaluatie praktische handvatten om palliatieve zorg te verbeteren.

De zelfevaluatie sluit aan bij het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) en de [NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase](#).

Opbouw

Deze zelfevaluatie bevat 2 onderdelen:

1a Een deel met open vragen. Hiervoor heb je (gegevens uit) jouw HIS nodig.

Dit deel omvat:

- Palliatieve zorg algemeen
- Markering
- Proactieve zorgplanning
- Multidimensionele zorg
- Samenwerken & complexe casuïstiek

Je vult dit deel individueel in, op een moment dat het jou uitkomt. Het is ook mogelijk dit samen met collega's uit je huisartsenpraktijk te bespreken en in te vullen.

1b In dit deel volgen vragen over patiënten die niet onverwacht zijn overleden. Voor het beantwoorden van de vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 niet onverwacht overledenen. Wanneer dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt met een andere aandoening erbij). Om de registratie van de gegevens uit de dossiers te vergemakkelijken, zijn deze vragen opgenomen in een antwoordformulier.

2 Een bespreking van je bevindingen (uit deel 1) met een kaderhuisarts palliatieve zorg. Het netwerk palliatieve zorg of ander samenwerkingsverband in de palliatieve zorg in de eigen regio organiseert deze bijeenkomst.



1 Palliatieve zorg algemeen

1 Is palliatieve zorg opgenomen in jouw beleidsplan?

- Ja
- Nee

2a Wat versta je onder palliatieve zorg?

Geef een beschrijving waarin je ingaat op: voor wie? Wanneer? Hoe?

2b Bevat jouw definitie de volgende elementen:

- Kwaliteit van leven
- Voorkomen en verlichten van lijden
- Naasten
- Levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid
- Fysieke, psychische, sociale en zingevingsdimensie
- Vroegtijdige signalering
- Behoud van autonomie, keuzemogelijkheden
- Waarden, wensen en behoeften centraal

Palliatieve zorg richt zich op zoveel mogelijk behoud van kwaliteit van leven van mensen met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid met een beperkte levensverwachting. Deze zorg is afgestemd op wat voor de patiënt zelf van belang is.

Vragen in de palliatieve fase kunnen worden ingedeeld in vier domeinen: fysiek, psychisch, sociaal en zingeving. Symptomen uit één domein kunnen worden beïnvloed door factoren uit de andere domeinen. Alhoewel de huisarts initieel met een medisch-generalistische blik kijkt, is begeleiding bij al deze aspecten mogelijk. Vanwege de nauwe band die de huisarts in de palliatieve fase opbouwt met zowel patiënt als diens naasten, vormt (na)zorg van naasten ook een onderdeel van palliatieve zorg.

Deze handreiking (red: zie bron) is geformuleerd in lijn met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en benadrukt de noodzaak van een interdisciplinaire aanpak die alle kernwaarden van de huisartsenzorg omvat: continu, persoonsgericht, medisch-generalistisch en gezamenlijk.

Bron: [NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase](#)

2 Markering

Markering van de palliatieve fase

Aangezien sommige mensen langdurig kunnen leven met een ongeneeslijke ziekte en kwetsbare ouderen soms een kort sterfbed hebben, wordt in deze handreiking (red: de NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase) pragmatisch gekozen voor de inzet van de Surprise Question (SQ) om de start van de palliatieve fase te markeren. Deze benadering is in lijn met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

Bron: [NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase](#)

De palliatieve fase start vanaf diagnose van een levensbedreigende aandoening of toenemende kwetsbaarheid. Dit moment, waarop de focus van zorg verschuift naar kwaliteit van leven en sterven, wordt herkend en gemarkeerd. Afhankelijk van het verloop van het ziekteproces kan de palliatieve fase een korte, maar ook een jarenlange periode betreffen.

Bij sommige aandoeningen of kwetsbaarheid kan het moment waarop de focus verschuift naar kwaliteit van leven en sterven diffuus zijn, waardoor de start van de palliatieve fase niet eenduidig te bepalen is. In die situaties kan de surprise question helpend zijn.

Bron: [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

1a Hoeveel patiënten in de palliatieve fase heb je op dit moment?

1b Op basis waarvan ben je tot deze patiënten/dit aantal gekomen?

- Intuïtie
- Markeringsinstrument:
 - Surprise question (Zou het mij verbazen als deze patiënt in de komende twaalf maanden komt te overlijden?)
 - Als ja:
 - a. Ik stel mijzelf regelmatig de SQ als ik één van mijn patiënten zie
 - b. Ik heb mezelf bij alle bij mij ingeschreven patiënten de SQ gesteld
 - SPICT
 - Ander markeringsinstrument, namelijk:

Anders, namelijk:

2a Het is bekend dat huisartsen patiënten met kanker makkelijker herkennen als patiënten in de palliatieve fase dan patiënten met hartfalen, COPD, dementie, neuromusculaire aandoeningen en algehele kwetsbaarheid bij multimorbiditeit.

Als je kijkt naar de patiënten die je hebt gemarkeerd als patiënten in de palliatieve fase, denk je dat daar dan bepaalde patiëntengroepen ondervertegenwoordigd zijn?

- Ja
 Nee

2b Welke onderliggende aandoeningen hebben deze patiënten?

2c Hoe kun je deze patiëntengroep(en) beter in beeld krijgen?

3 Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is een continu proces. Het is wenselijk gesprekken te voeren over het levenseinde voordat er acute situaties kunnen ontstaan. Dit gesprek aangaan is niet altijd gemakkelijk, en het optimale moment om dit gesprek te voeren is niet altijd duidelijk te bepalen. Er kan bijvoorbeeld angst bestaan om een dergelijk gesprek te vroeg te voeren.

Een tijdig gesprek over het levenseinde helpt om onverwachte beslissingen te voorkomen en om de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de patiënt. Adviezen rondom de timing en inhoud van proactieve zorgplanning staan beschreven in de [*Richtlijn Proactieve Zorgplanning*](#).

Bron: NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase

Tip

Een proactief zorgplan is geen vast gegeven en is aan verandering onderhevig. Het is verstandig het plan van tijd tot tijd te updaten. Niet iedere patiënt wil zich bezighouden met de zaken die in een proactief zorgplan besproken worden. Dit kan verschillende achtergronden hebben. Mocht dit het geval zijn: accepteer dit, laat eventueel informatie achter en vraag of je er de volgende keer op terug mag komen.

- 1a** Op basis waarvan beslis je bij welke patiënten je zelf het initiatief neemt tot het houden van een proactief zorgplanningsgesprek? M.a.w.: met welke patiënten ga je actief een proactief zorgplanningsgesprek aan?

- 1b** Welke onderwerpen worden besproken ten aanzien van het levenseinde, doelen en keuzes?

1c Besteed je naast de veelal technische onderwerpen van het standaardformulier proactieve zorgplanning ook de wensen op andere vlakken (psychisch, sociaal en zingeving)?

1d Merk je verschil tussen een gesprek dat jij als huisarts voert en een gesprek dat door een POH, PA of andere collega uit je praktijk wordt gevoerd?

- Ja
- Nee

Eventuele toelichting:

1e Hoe registreer je de uitkomsten van zo'n gesprek?

Optionele vragen

Indien je deze gesprekken registreert m.b.v. ICPC-code A20 (officieel: 'verzoek/gesprek over euthanasie' - gebruikt voor gesprekken over behandelwensen en levenseinde):

1f Bij hoeveel patiënten heb je iets genoteerd bij A20?

(je kunt dit gemakkelijk voor de gehele patiëntenpopulatie vinden door een search in de HIS te doen)

1g Vind je dit veel, weinig of passend?

- Veel
- Weinig
- Passend

- 2 **Registreer je in jouw HIS of je de uitkomsten van een proactief zorgplanningsgesprek hebt overgedragen aan de HAP?**
- Ja
- Nee
- 3 **Wanneer bespreek je opnieuw met de patiënt wat er op een eerder moment is besproken m.b.t. proactieve zorgplanning (behandelafspraken)?**

Timing

De beste timing om te starten met proactieve zorgplanning kan tussen patiënten verschillen. Luister naar signalen van de patiënt, naasten en alle betrokken zorgverleners bij het inschatten of de palliatieve fase is aangebroken en bij het inschatten van de mate waarin de patiënt behoefte heeft aan proactieve zorgplanning.

Start proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning start bij het markeren van de palliatieve fase, ongeacht of de palliatieve fase is ingetreden als gevolg van een levensbedreigende aandoening of van algehele kwetsbaarheid.

Wanneer ziekte-specifieke aanbevelingen of hulpmiddelen voor het inventariseren van kwetsbaarheid aangeven dat het moment is aangebroken om proactieve zorgplanning te starten. Generieke meetinstrumenten die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn: de surprise question, dubbele surprise question, *Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)*.

Zo spoedig mogelijk na het stellen van een diagnose waarbij de patiënt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen te verwachten zijn door de aandoening. Wacht bij deze patiënten niet tot de palliatieve fase gemarkeerd wordt.

Tracht proactieve zorgplanningsgesprekken plaats te laten vinden op een rustig moment, vóórdat een acute situatie zich voordoet, zodat de patiënt zonder acute dreiging kan nadenken en praten over persoonlijke doelen en voorkeuren.

Benoem bij patiënten die er nog niet aan toe zijn de mogelijkheid om er op een later tijdstip op terug te komen. Leg dit vast in het dossier.

Bron: [Richtlijn Proactieve Zorgplanning](#)

4 Multidimensionele zorg

Neem twee patiënten uit de praktijk waaraan je op dit moment zorg verleent (bijv. 1 oncologische en 1 niet-oncologische patiënt). Vul voor beide patiënten de probleemkwadranten in.

Probleemkwadranten

De probleemkwadranten zijn ontwikkeld door Bregje Thoonsen, huisarts, aandachtsveld palliatieve zorg, en bewerkt door Astrid Kodde, kaderhuisarts palliatieve zorg.

Patiënt 1			
Somatisch		Psychisch	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			
Sociaal		Zingeving	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Zorgverlening en ADL		Behandelwensen, PZP	
Problemen nu			
Problemen verwacht			

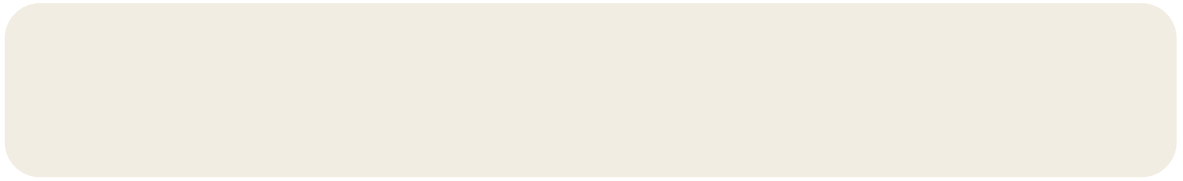
1a Wat vond je lastig om in te vullen?

1b Waarom?

Patiënt 2			
Somatisch		Psychisch	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			
Sociaal		Zingeving	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Zorgverlening en ADL		Behandelwensen, PZP	
Problemen nu			
Problemen verwacht			

1a Wat vond je lastig om in te vullen?

1b Waarom?



5 Samenwerken & complexe casuïstiek

Samenwerking

Palliatieve zorg is doorgaans transmuraal en interdisciplinair. Hierbij zijn verschillende zorg- en hulpverleners, en vrijwilligers betrokken, zoals het huisartsteam, apothekers, medisch specialisten, thuiszorgverleners en hulpverleners uit het sociale domein. Effectieve communicatie tussen de eerste, tweede en derde lijn, thuiszorg, huisartsenpost en andere zorginstellingen, is cruciaal voor goede zorgverlening. Dit geldt ook voor informatie over proactieve zorgplanning.

Bron: [NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase](#)

Kennis en vaardigheden

Iedere huisarts beschikt over medisch generalistische kennis en vaardigheden voor het verlenen van palliatieve zorg.

Deelname aan een PaTz-groep helpt bij het vergroten van deskundigheid, gericht op de vier domeinen van palliatieve zorg. Bij complexe casuïstiek moet een huisarts de mogelijkheid hebben om, indien nodig, te overleggen met kaderhuisartsen palliatieve zorg, zoals regionale transmurale palliatieve teams en landelijke consultatieteams palliatieve zorg (24/7).

Bron: [NHG-handreiking Huisartsenzorg voor patiënten in de palliatieve fase](#)

1 Op basis van welke criteria draag je patiënten over aan de HAP?

2 Heb je in het afgelopen jaar overleg gehad met een professional buiten de praktijk over patiënten in de palliatieve fase?

- Ja
 Nee

Zo ja, met welke professional(s) en over welke onderwerpen?

3 Heb je het afgelopen jaar advies gehad van of overleg gehad met? (Vink aan)

- Het consultatieteam van PZNL
- Een transmuraal consultatieteam
- Een consultatieteam van het ziekenhuis
- Een kaderhuisarts palliatieve zorg in mijn regio
- Nee
- Anders, namelijk...

4 Neem je deel aan een PaTz-groep?

- Ja
- Nee*
- Niet meer, omdat...

***Indien nee, heb je interesse in PaTz deelname? Zie patz en video.**

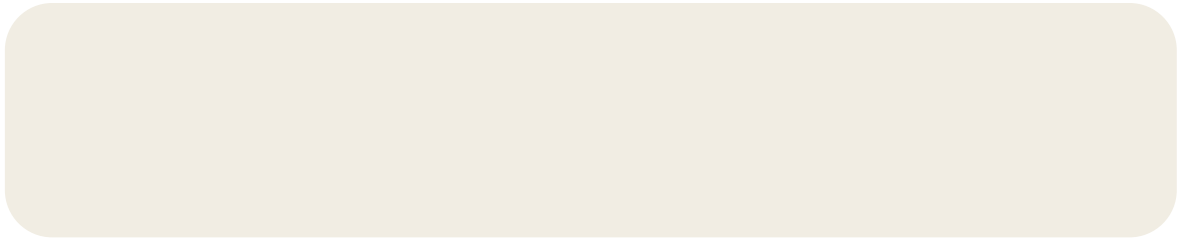
- Ja
- Nee

5 Heb je het afgelopen jaar onderstaande zorgverleners ingezet om de patiënt en naasten te ondersteunen?

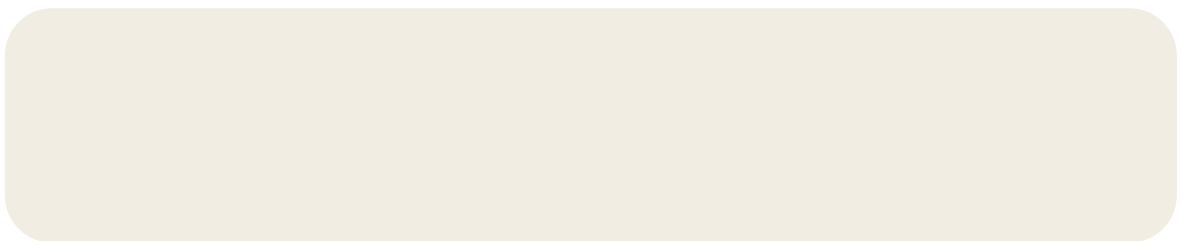
- Een wijkverpleegkundige gespecialiseerd in palliatieve zorg
- Een geestelijk verzorger
- Vrijwilligers van de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)
- Een maatschappelijk werker of andere professional van het sociaal domein

6 Conclusies en leerbehoeften

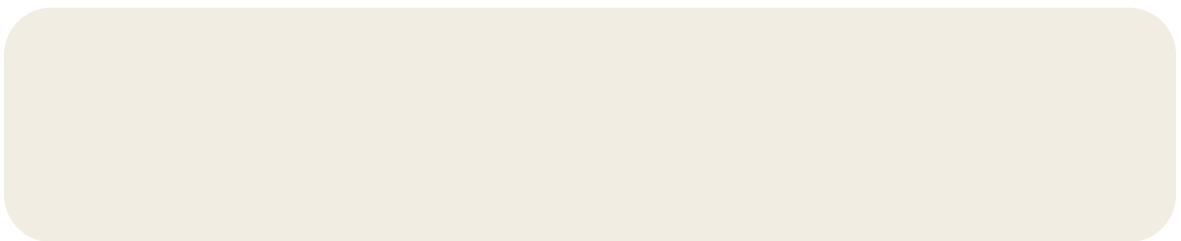
1 Welke conclusies trek je n.a.v. de zelfevaluatie?



2 Welke vragen en leerbehoeften heb je voor de nabespreking (nascholing)?



3 Zijn er acties die je wilt gaan oppakken naar aanleiding van de zelfevaluatie en zo ja, welke?



Antwoordformulier Patiënt 1

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet-onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen. Indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1 Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):
 - Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1 Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a Op welk moment vond het eerste proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b Wie waren hierbij aanwezig?

2c Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het eerste proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

1a Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
- Nee

1b Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
- Overdrachtsformulier
- Anders, namelijk...

2 Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
- Thuiszorg
- Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
- Specialist ouderengeneeskunde
- Geestelijk verzorger
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Anders, namelijk...

3 Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, namelijk...

NAZORG

1a Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat...

2a Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

2b Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?

1b Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?

2 Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?

- Nee
- Ja, namelijk...



Antwoordformulier Patiënt 2

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet-onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen. Indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1 Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):
 - Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1 Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a Op welk moment vond het eerste proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b Wie waren hierbij aanwezig?

2c Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het eerste proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

1a Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
- Nee

1b Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
- Overdrachtsformulier
- Anders, namelijk...

2 Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
- Thuiszorg
- Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
- Specialist ouderengeneeskunde
- Geestelijk verzorger
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Anders, namelijk...

3 Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, namelijk...

NAZORG

1a Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat...

2a Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

2b Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?

1b Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?

2 Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?

- Nee
- Ja, namelijk...

Antwoordformulier Patiënt 3

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet-onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen. Indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1 Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):
 - Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1 Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a Op welk moment vond het eerste proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b Wie waren hierbij aanwezig?

2c Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het eerste proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

1a Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
- Nee

1b Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
- Overdrachtsformulier
- Anders, namelijk...

2 Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
- Thuiszorg
- Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
- Specialist ouderengeneeskunde
- Geestelijk verzorger
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- Anders, namelijk...

3 Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, namelijk...

NAZORG

1a Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat...

2a Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

2b Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?

1b Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?

- 2 Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?
- Nee
 - Ja, namelijk...

