Zorgverlener journey gewenst proactieve zorgplanningsproces van de huisarts Marije

Dit is een uitwerking van de zorgverlener journey die het gewenste proactieve zorgplanningsproces laat zien voor de persona huisarts Marije. Hierbij is vooral naar de invulling van de gewenste informatiebehoefte gekeken:

Legenda:
- Informatiezinage
- Informatieverstrekking
- Registratiebehoefte
- Samenwerkingsafspraken

Dikgedrukte tekst in het proces: Onderdelen die gewijzigd zijn t.o.v. de huidige situatie
Dikgedrukte tekst in de informatie: Onderdelen die opgenomen zijn in de informatiestandaard pzp

Proces

Signalering & verwerken melding

Huisarts huisartsenpraktijk Marije huidige journey

Waarneming kanteltmoment bij de patiënt omdat de zorgbehoefte bij de patiënt verandert
EN
- Vaststellen verandering zorgbehoefte wat vraagt om proactieve zorgplanning

EN
- Bij een specialistenbrief en/of verpleegkundige/PZP brief van het ziekenhuis:
  - Warm contact met de medisch specialist of verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis over beleid en overdracht patiënt om de zorg over te nemen
  - **Digitaal-gestructureerd ontvangen specialistenbrief voor ontslag incl. actueelbeeld en behandelgrenzen**
  - **Digitaal-gestructureerd ontvangen update van de medisch specialist over behandeltraject incl. update over behandelwensen en behandelgrenzen**
  - **Digitaal-gestructureerd ontvangen update van verpleegkundige/PZP brief over verwijzing naar palliatief team in het ziekenhuis incl. update over behandelwensen en behandelgrenzen**

Informatiezinage door de Huisarts huisartsenpraktijk Marije

Informatiezinage om het kanteltmoment waar te kunnen nemen van een patiënt (inclusief informatie over specialistenbrief en/of verpleegkundige brief van het ziekenhuis):
- Informatie over ziektebeeld met eventuele indicatie levensverwachting
- Conclusie/diagnose
- Fitheid van patiënt (WHO PS/geriatrische screening/deler risico)
- **Ingezet beleid (met verschillende scenario's van te te zetten beleid wel als scenario's)**
- Actueel **behandeldoel**
- Uitslagen/aanvullend onderzoek/metingen/wondverzorging
- **Behandelgrenzen**
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving (wens laatste zorg/piek van sterven)
- **Wilsbeschikking**
- Zorgnetwerk actueel betrokkenen (zorgverleners, hulpverleners, mantelzorgers)
- Beloop
- Inventarisatie problematiek Symptoomanalyse
- Pijn
- Dyspnoe

Informatieverstrekking door de Huisarts huisartsenpraktijk Marije

Informatieverstrekking ter voorbereiding voor de patiënt op een proactief zorgplanningsgesprek, waarbij de informatieverstrekking afhankelijk is van de patiëntsituatie.
Informatie over o.a.:
- Nadenken over waarden, beloften, wensen en grenzen
- Bespreken van behandelgrenzen/-wensen
- Voorbeelden van behandelgrenzen/-wensen
- Wensverklaring laatste levensfase
- Behandelverbod
- Niet-reanimeren verklaring
- Euthanasieverklaring (optioneel met volmacht)

Registratiebehoefte van de Huisarts huisartsenpraktijk Marije

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
- Richtlijn Gegevensuitwisseling
- Richtlijn Specialist HASP
- Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland
- Richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase

denk aan afspraken over:
- degene die een kanteltmoment waarneemt bij een patiënt stemt hierover af met de huisartspraktijkassistente en regulieren dagelijkse werkwijze;
- de wijze waarop zorgverleners te informeren wanneer er relevante informatie is gewijzigd die meegenomen moeten worden in een behandeltraject bij andere zorgverleners, o.a. ook wijzigingen in afspraken met de patiënt over behandelgrenzen en behandelwensen;
- de wijze waarop warm contact met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde over de waarneming kanteltmoment bij de patiënt en de besproken behandelwensen & behandelgrenzen.

Voorbeenden contact & voeren consult

Doorlezen patiëntendossier o.a. gemaakte afspraken over wensen, waarden en beloften, uitslagen, palfrentogen etc.; **Eenzijdig informatie over de patiënt van andere betrokken zorgverleners en die relevant is voor de zorgvraag**
EN indien nodig
- Afstemming met de POH over voorgeschiedenis patiënt

Consult inclusief voeren van een gesprek met de patiënt over proactieve zorgplanning over wensen lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving
EN indien nodig:
- **Verwijzen voor ingrepen of blokkades(bijparts naar palliatief/TOP team in het ziekenhuis**
- **Ontslag naar thuiszorg**
- **Verwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde**
- Inbrengen in het MDO/PaTz groep
- Afstemmen met kaderhuisarts palliatieve zorg

Bij een verwijzing naar het palliatieve consult/TOP team in het ziekenhuis en/of naar de thuiszorg en/of naar de specialist ouderengeneeskunde:
- **Digitaal-gestructureerd versturen van een verwijzing naar de palliatief consult/TOP team in het ziekenhuis**
- **Digitaal-gestructureerd versturen van een verwijzing naar de thuiszorg**
- **Digitaal-gestructureerd versturen van een verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde**

Registreren contactverslag inclusief **gestructureerd kunnen vastleggen van behandelwensen en behandelgrenzen voor proactieve zorgplanning**

Informatiezinage in de voor de zorgvraag relevante informatie (inclusief informatie van andere betrokken zorgverleners) over de patiënt ter voorbereiding op een proactief proactief zorgplanningsgesprek:
- Informatie over ziektebeeld met eventuele indicatie levensverwachting
- Conclusie/diagnose
- Fitheid van patiënt (WHO PS/geriatrische screening/deler risico)
- Ingezet beleid (met verschillende scenario's van te te zetten beleid/ wel als scenario's)
- Actueel **behandeldoel**
- Uitslagen/aanvullend onderzoek/metingen/wondverzorging
- Actuele **behandelgrenzen**
- Actuele **behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving (wens laatste zorg/piek van sterven)
- **Wilsbeschikking**
- Zorgnetwerk actueel betrokkenen (zorgverleners, hulpverleners, mantelzorgers)
- Beloop
- Inventarisatie problematiek Symptoomanalyse
- Pijn
- Dyspnoe

Informatieverstrekking voor een verwijzing naar het palliatieve consult/TOP team in het ziekenhuis en/of naar de thuiszorg en of naar de specialist ouderengeneeskunde:
- Informatie over ziektebeeld met eventuele indicatie levensverwachting
- Reden verwijzing
- Conclusie/diagnose
- Fitheid van patiënt (WHO PS/geriatrische screening/deler risico)
- **Ingezet beleid**
- Actuele uitslagen/aanvullend onderzoek
- **Behandelgrenzen**
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving

Registratiebehoefte vastlegging van behandelwensen en behandelgrenzen:
- Wilsbeschikking
- **Wettelijke vertegenwoordiger**
- Behandelwensen; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving
- **Behandelgrenzen**:
  - laatste toepresdatum
  - beschrijving behandelgrens
  - behandelbesluit
  - toelichting
  - reden beëindigen

Diagnosticeren & uitvoeren (aanvullend) onderzoek

Inventariseren gezondheidskwesties, problemen, klachten en hulpvraag inclusief multidomein analyse bij kwetsbare ouderen
EN indien nodig
- Beoordelen verkregen PZP brief over consultverwijzing naar palliatief team in het ziekenhuis

Bij een verwijzing naar het palliatief consult/TOP team in het ziekenhuis:
- **Digitaal-gestructureerd ontvangen van de vpleegkundige/PZP brief over verwijzing naar palliatief/TOP team in het ziekenhuis**

Informatiezinage tijdens diagnosticeren en beoordelen verpleegkundige pzp brief:
- Inventarisatie problematiek Symptoomanalyse
- **Beleid**
- Symptoomanalyse
- Pijn
- Dyspnoe
- Angst
- Bewegingsbeperking
- Delier
- Levensverwachting (indien mogelijk)
- Schamelijk
- Sociaal
- Psychisch
- Spirituele/existentieel
- **Gewenste plaats van overlijden**
- Uitgereikt informatie materiaal
- Voorgeschiedenis
- Speciale anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Aanvullend onderzoek
- Beloop
- Overige acties

Uitvoeren eigen onderzoek EN indien nodig:
- Verwijzen voor aanvullend onderzoek*

*bij patiënten met een complex ziektebeeld heeft de huisarts vooraf aan de verwijzing warm contact met de medisch specialist om de casus voor te leggen

Beoordelen informatie EN indien nodig:
- Beoordelen en verwerken verkregen onderzoeksresultaten via een specialistenbrief

Bij een verwijzing voor aanvullend onderzoek:
- **Digitaal-gestructureerd versturen van aanvraag/verzoek voor onderzoeksresultaten incl. behandelwensen en behandelgrenzen**

Informatiezinage voor het versturen van een MDO/PaTz uitnodiging naar betrokken zorg/hulpverleners:
- Zorgnetwerk actuele betrokkenen:
  - naam
  - functie
  - telefoon
  - email
  - bereikbaarheid op welke momenten

Informatieverstrekking voor een verwijzing naar een medisch specialist:
- Reden+context verwijzing+eventuele indicatie levensverwachting
- **Ingezette behandeling +belangrijkste doel van behandeling**:
  - levensverwachting
  - Reden verwijzing
  - nog onbekend
- Procedurevoorstel
  - betreft palliatieve terminale fase ja/nee
  - diagnose: oncologisch (incl. metastasering)/ COPD terminaal/hartfalen terminaal/neurologisch ipv/anderfalen
  - er is zicht van thuiszorg ja/nee
  - spankracht mantelzorg goed/matig/zorgverzwakend
- Fitheid van patiënt (WHO PS/geriatrische screening/deler risico)
- **Behandelgrenzen**
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving (wens laatste zorg/piek van sterven)
- Zorgnetwerk
- Deelcontactverslag
- Episodelist
- Behandelingen
- Medicatie
- Overgevoeligheid voor medicatie
- Profylaxe/vaccinatie
- Aanvullend onderzoek
- Risicovol leefgedrag
- Familieanamnese
- Psychosociale anamnese
- Psychogeriatrisch onderzoek
- **Wilsbeschikking**
- **Gesprek gevoerd in bijzijn van...**

Registratiebehoefte vastlegging verzamelde informatie uit anamnese en lichamelijk aanvullend onderzoek om een diagnose te stellen:
- Ingezet beleid
- Actueel **behandeldoel**
- Symptomen
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving
- **Behandelgrenzen**
- **Wilsbekwaamheid**
- Zorgpartners
  - coördinator
  - uitvoerder
  - behandeldoel
- Zorgnetwerk actuele betrokkenen o.a. naam, functie, telefoon, email, bereikbaarheid op welke momenten

Registratiebehoefte voor een MDO:
- Aanmelden patiënt voor MDO/PaTz overleg

bij het ontvangen van een uitnodiging van een MDO:
- Verwerken uitnodiging deelname MDO

Opstellen behandelplan & adviseren

Stellen diagnose, opstellen behandelplan EN indien nodig:
- Bepalen noodzaak van MDO/PaTz overleg
- Aanmelden patiënt voor MDO/PaTz overleg
- Ontvangen uitnodiging van MDO georganiseerd door het ziekenhuis*

Bij een aanmelding patiënt voor een MDO:
- **Inzicht in het zorgnetwerk incl. contactgegevens voor afstemming**
- **Versturen van uitnodigingen deelname MDO/PaTz overleg naar betrokken zorg/hulpverleners**

* onderdeel hiervan is rolafstemming tussen de verschillende behandelaren met betrokkenheid van regiebehandelaren

Uitkomst bespreken met de patiënt* EN
- Voorlichting & informatieverstrekking

* incl. vragen om toestemming om medische informatie te delen

Samen afspraken maken over behandelrapport
EN indien nodig:
- Verwijzen naar POH of verpleegkundig specialist huisartsenpraktijk
- Overdracht opstellen voor de HAP
- Voorbereiden op MDO/PaTz overleg

*soms ook vooraf delen van relevante informatie van het patiëntendossier

Voorbereiden (medicamenteuze) behandeling
EN indien een MDO/PaTz overleg:
- Bespreken patiëntcasus tijdens MDO/PaTz overleg*, vaststellen behandelplan & taakverdeling, medicatiereview

EN bij complexe problematiek:
- **Inzicht in het zorgnetwerk incl. contactgegevens voor afstemming en zorgafspraken**

* bij tvenwerpende zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Versturen MDO/PaTz verslag
EN indien een MDO/PaTz overleg:
- Ontvangen MDO/PaTz verslag

EN indien nodig
- Organiseren van netwerkzorg inclusief toewijzen van behandelaren

Bij een MDO/PaTz overleg:
- **Digitaal-gestructureerd ontvangen of kunnen versturen van een MDO/PaTz verslag**

Uitkomst MDO/PaTz overleg samen met de patiënt bespreken/Gezamenlijke besluitvorming
EN
- Vloerlichting & informatieverstrekking
- Verwerken MDO/PaTz verslag in het patiëntendossier

Informatiezinage voor het versturen van MDO/PaTz verslag:
- Beleid over behandeltrajecten heen
- Zorgafspraken
- Diagnose
- **Behandeldoelen**
- **Behandelwensen**
- **Wettelijke Vertegenwoordiger**

Informatiezinage voor contact met zorg/hulpverleners bij complexe problematiek:
- Zorgnetwerk actuele betrokkenen:
  - naam
  - functie
  - telefoon
  - email
  - bereikbaarheid op welke momenten
- Zorgafspraken
  - Coördinator
  - Uitvoerder
  - Behandeldoel

Informatiezinage om samen met de patiënt afspraken te maken over het behandelrapport:
- Conclusie/diagnose
- Beleid
- Zorgafspraken
  - Coördinator
  - Uitvoerder(behandeldoel
  - Coördinator
  - Uitvoerder
  - (behandeldoel
- **Behandelgrenzen**
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving (wens laatste zorg/piek van sterven)

Informatiezinage voor het organiseren van netwerkzorg:
- Zorgnetwerk actuele betrokkenen:
  - naam
  - functie
  - telefoon
  - email
  - bereikbaarheid op welke momenten

Informatiezinage voor het bespreken/verwerken MDO verslag:
- Beleid over behandeltrajecten heen
- Zorgafspraken
- Diagnose
- **Behandeldoelen**
- **Behandelwensen**
- **Wettelijke Vertegenwoordiger**

Informatieverstrekking MDO verslag:
- Beleid over behandeltrajecten heen
- Zorgafspraken
- Diagnose
- **Behandeldoelen**
- **Behandelwensen**
- **Wettelijke Vertegenwoordiger**

Registratiebehoefte om het MDO verslag te leggen:
- Beleid over behandeltrajecten heen
- Zorgafspraken
- Diagnose
- **Behandeldoelen**
- **Behandelwensen**
- **Wettelijke vertegenwoordiger**

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken, denk aan afspraken over:
- Informatie over de palliatieve zorg, de behandeling en de leefingels wordt bewaakt door de regiebehandelaar.

Behandelen & monitoring

Starten (medicamenteuze) behandeling
EN bij complexe problematiek:
- **Inzicht in het zorgnetwerk incl. contactgegevens voor afstemming**

Evalueren & bijstellen behandeling EN
- Ontvangen en accorderen/versturen uitvoeringsverzoeken van wijkverpleging

Bij spoedzorg huisbezoek en/of aanvragen ambulance en/of afstemmen met medisch specialist in het ziekenhuis:
- **Digitaal-gestructureerd ontvangen/aanvragen over spoedsituatie dat de patiënt op de SEH is geweest**

Informatiezinage voor contact met zorg/hulpverleners bij complexe problematiek:
- Zorgnetwerk actuele betrokkenen:
  - naam
  - functie
  - telefoon
  - email
  - bereikbaarheid op welke momenten
- Zorgafspraken
  - Coördinator
  - Uitvoerder
  - (behandeldoel

Informatieverstrekking voor accorderen/versturen uitvoeringsverzoek naar wijkverpleging:
- Organisatiegegevens van huisarts
- Organisatiegegevens VVT-instelling
- Diagnose/indicatiestelling
- Uit te voeren handeling
- Nadere specificatie van handeling
- Medicatie
- Wanneer aanvang de handeling uitgevoerd dient te worden
- Aanvullende cliëntgebonden informatie:
  - afspraken
  - complicaties
  - bijwerkingen
  - bijzonderheden

Informatiezinage voor beoordeling en verwerken verkregen rapportage specialistische patiënt:
- Voortraject
- Reden/ontslag uit SEH
- Conclusie, diagnose
- Beleid
- Aanbeveling voor de follow-up
- Afspraken met de patiënt
- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Laboratorium onderzoek
- Beeldvormend onderzoek
- Microbiologisch onderzoek
- Medicatie actueel
- Overgevoeligheid, contra-indicaties
- Profylaxe
- Overig onderzoek
- Intercollegiale consulten
- Verrichtingen van derden
- **Behandelgrenzen**

Overdragen & nazorg

Verwijzen patiënt naar:
- Ziekenhuis of SEH
- Wijkverpleging
- Verpleeghuis
- Hospice
- Fysiotherapeut
- Diëtist
- Ergotherapeut

Bij een verwijzing:
Digitaal-gestructureerd versturen van een verwijzing naar:
- **Ziekenhuis of SEH**
- **Wijkverpleging**
- **Verpleeghuis**
- **Hospice**
- **Fysiotherapeut**
- **Diëtist**
- **Ergotherapeut**

Informeren van alle betrokken zorgverleners over overlijden van de patiënt
EN
- **Inzicht in het zorgnetwerk incl. contactgegevens voor afstemming**
- **Digitaal versturen bericht om te informeren dat patiënt is overleden**

Informatieverstrekking voor een verwijzing:
- Reden+ context verwijzing+ eventuele indicatie levensverwachting
- **Ingezetste behandeling + belangrijkste doel van behandeling**:
  - levensverwachting
  - Reden verwijzing
  - nog onbekend
- Procedurevoorstel
  - betreft palliatieve terminale fase ja/nee
  - diagnose: oncologisch (incl. metastasering)/ COPD terminaal/hartfalen terminaal/neurologisch ipv/anderfalen
  - er is zicht van thuiszorg ja/nee
  - spankracht mantelzorg goed/matig/zorgverzwakend
- Fitheid van patiënt (WHO PS/geriatrische screening/deler risico)
- **Behandelgrenzen**
- **Behandelwensen**; sociaal, lichamelijk, psychisch, zingeving (wens laatste zorg/piek van sterven)
- Zorgnetwerk
- Deelcontactverslag
- Episodelist
- Behandelingen
- Medicatie
- Overgevoeligheid voor medicatie
- Profylaxe
- Aanvullend onderzoek
- Risicovol leefgedrag
- Familieanamnese
- Psychosociale anamnese
- Psychogeriatrisch onderzoek
- **Wilsbeschikking**
- **Gesprek gevoerd in bijzijn van...**

Informatieverstrekking om alle betrokken zorgverleners te informeren over overlijden patiënt:
- Versturen bericht over overlijden patiënt

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
- Richtlijn Gegevensuitwisseling
- Richtlijn Specialist HASP
- Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige
- Richtlijn Informatie uitwisseling huisarts-paramedicus
- Handreiking kwetsbare ouderen thuis

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken, denk aan afspraken over:
- Informeren zorgverleners, in het bijzonder de (regie)behandelaar, worden tijdig geïnformeerd over de stervensfase of het overlijden van de patiënt. Bij voorkeur door de regiebehandelaar. Telefonisch contact gaat, bij voorkeur, vooraf aan een schriftelijk bericht;
- de regiebehandelaar is op de hoogte van nazorg die verleend wordt door individuele zorgverleners.

Registratiebehoefte van de Huisarts huisartsenpraktijk Marije

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
Handreiking
Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg:
- Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgverleners af dat een van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze ziet er in elk geval op toe dat:
  - de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening van de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
  - er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
  - er een aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste. De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreek punt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de juiste persoon weten.

Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
- NHG Richtlijn JDEPD
- Kwaliteitskader Palliatieve Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase

denk aan afspraken over:
- huisarts informeert alle betrokken zorgverleners waarneming kanteltmoment bij de patiënt omdat de zorgbehoefte bij de patiënt verandert is en daarnaast de actuele behandelwensen en behandelgrenzen;
- hoe betrokken zorgverleners te informeren wanneer er relevante informatie is gewijzigd die meegenomen moeten worden in een behandeltraject bij andere zorgverleners, o.a. ook wijzigingen in afspraken met de patiënt over behandelgrenzen en behandelwensen.

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken, denk aan afspraken over:
- Huisarts bespreekt complexe casussen vooraf met de medisch specialist voordat een verwijzing plaatsvindt.

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
Handreiking
Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg:
- Vooral in gevallen waarin verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de client, moet duidelijk zijn wie van hen inhoudelijk verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de behandeling.
- Het zorg- of behandelplan geeft antwoord op de volgende vragen:
  - Wat zijn de doelen van de zorgverlening, met inachtnneming van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de client? En in welke periode moeten die worden bereikt?
  - Welke interventies wijze gaan de zorgverleners proberen om de gestelde doelen te bereiken?
  - Wie is verantwoordelijk voor welk deel van de zorg?
  - Op welke wijze vindt afstemming tussen de betrokken zorgverleners plaats?
  - Wie is het aanspreekpunt voor de client en kan de client op de afstemming aanspreken?
  - Met welke frequentie wordt de zorgverlening (in samenspraak met de client) geëvalueerd en geactualiseerd?

denk aan afspraken over:
- de vorm van het delen/versturen van een uitnodiging voor deelname aan een MDO.

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
- Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Huisartsenpost

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken:
- Handreiking
  Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg

denk aan afspraken over:
- medicatiereview
  - medicatiereview wordt uitgevoerd door de regiebehandelaar in afstemming met de apotheek van de patiënt;
  - PaTz groepen(MDO's neemt een apotheker deel om advies te geven over de medicatiegebruik;
  - voorschrijver stuurt een nieuw voorschrift of wijziging en zo volledig mogelijk tolaalsoverzicht van de medicatie mee richting de apotheek;
  - de apotheek wordt geïnformeerd door welke (huiszorgorganisatie de zorg voor de patiënt gaat verlenen.
- hoe elkaar te informeren over wijzigingen contactgegevens betrokken zorgverleners.
- regie voering:
  - Per patiënt wordt afgesproken wie de regiebehandelaar is en gedeeld met de andere zorgverleners.
  - De rol van regiebehandelaarschap is een actieve handeling en wordt gedaan door middel van duidelijke verslaggeving en warme overdracht.

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken, denk aan afspraken over:
- Inhoud en opbouw van het MDO verslag en hoe dat gedeeld wordt.

Voorbeelden van samenwerkingsafspraken, denk aan afspraken over:
- Informeren zorgverleners, in het bijzonder de (regie)behandelaar, worden tijdig geïnformeerd over de stervensfase of het overlijden van de patiënt. Bij voorkeur door de regiebehandelaar. Telefonisch contact gaat, bij voorkeur, vooraf aan een schriftelijk bericht;
- de regiebehandelaar is op de hoogte van nazorg die verleend wordt door individuele zorgverleners.