



**Netwerk
Palliatieve Zorg**
regio Gelderse Vallei

**Regionale richtlijn
Huisbezoeken in de palliatieve fase;
Palliatief Huisbezoek
versie 2019**

*Regionale afspraken over Palliatieve Huisbezoeken binnen het Netwerk Palliatieve Zorg
voor zorgverleners en verantwoording*

1

Datum oorspronkelijke richtlijn: 2017

Methodiek: consensus based

Verantwoording: Werkgroep KETENOPTIMALISATIE 2016-2017; Palliatief Huisbezoek

Geaccordeerd in het bestuurlijk overleg van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei op 11 september 2017. Geactualiseerd door expertgroep Palliatief Huisbezoek december 2018.

COLOFON

Uitgave van
Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei januari 2019



Netwerk
Palliatieve Zorg
regio Gelderse Vallei

Inhoud

Inleiding.....	3
1 Achtergrond bij de totstandkoming van de richtlijn.....	4
2 ‘Huisbezoeken in de palliatieve fase’ binnen het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei.....	5
3 Kwaliteitscriteria 2017	9
4 Richtinggevende documenten en verantwoording	11
Samenvatting.....	14

Inleiding

Na accordering van de oorspronkelijke Richtlijn in 2017 door het bestuurlijk overleg van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei blijven onderstaande punten nog relevant om te beschrijven in de versie van 2019:

Hoofdstuk 1 gaat in op de achtergrond en uitgangspunten bij de totstandkoming van de richtlijn.

In hoofdstuk 2 presenteren we de praktische uitwerking van de huisbezoeken in de palliatieve fase en de regionale afspraken over het Palliatief Huisbezoek.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de kwaliteitscriteria waaraan wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten moeten voldoen volgens de werkgroep om huisbezoeken af te leggen. Ook vindt u hier de criteria waaraan zorginstellingen moeten voldoen om deel te nemen aan de regionale afspraak: 'Huisbezoeken in de palliatieve fase'.

Hoofdstuk 4 geeft een kort overzicht van de gebruikte instrumenten en achtergrondinformatie (literatuur en websites).

De regionale richtlijn is bedoeld voor verwijzers (intra- en extramuraal) en thuiszorgaanbieders in de palliatieve zorg. Een Expertgroep bekijkt jaarlijks of op verzoek uit het Netwerk deze richtlijn op actualiteit en bruikbaarheid. Borging van de gewenste kwaliteit en evaluatie van de afspraken wordt minimaal jaarlijks met de betrokken thuiszorgorganisaties en hun (gespecialiseerde) wijkverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten besproken.

Indien de ontwikkeling van PaTz-groepen binnen het Netwerk een grote vlucht neemt, verwacht de werkgroep dat deze samenwerkingsafspraken op termijn verdwijnen omdat zij borging vinden in de afspraken binnen PaTz-groepen.

De regionale richtlijn wordt gepubliceerd op de Netwerksite en via PalliArts onder de regionale 'transmurale' afspraken (RTA).

De organisaties die huisbezoeken in de palliatieve fase leveren, nemen met hun (gespecialiseerde) wijkverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten deel aan de Expertgroep Huisbezoek in de Palliatieve Fase¹. Ook vanuit het regionale consultatieteam PZ en het ziekenhuis consultatieteam PZ is expertise door de verpleegkundig specialist en consulent ingebracht. We zijn er gezamenlijk van overtuigd dat een tijdige inzet van het Palliatief Huisbezoek bijdraagt aan een beter niveau van palliatieve zorg aan patiënt en naasten en aan de afstemming tussen zorgverleners.

Anja Oostveen, Netwerkcoördinator

¹ Een overzicht van deelnemers aan deze expertgroep kunt u desgewenst opvragen bij de Netwerkcoördinator

1 Achtergrond bij de totstandkoming van de richtlijn

Aanleiding en huidige situatie

In de loop der jaren signaleerden de professionals van het Netwerk PZGV dat de niet-oncologische palliatieve patiënten² baat hebben bij een huisbezoek waarbij ondersteuning en proactieve zorgplanning centraal staan, juist in de palliatieve fase. Dit resulteerde in 2017 tot de Richtlijn Palliatief Huisbezoek en in 2018 tot het vormen van een Expertgroep Palliatief Huisbezoek in de regio.

Meerwaarde van het Palliatief Huisbezoek

Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.

De patiënt en naasten brengen zo goed en aangenaam mogelijk de resterende tijd door met elkaar op de gewenste locatie.³

Continuïteit veronderstelt een naadloze aansluiting tussen 1^e- en 2^e lijns zorgaanbieders én omgekeerd. Een huisbezoek in de palliatieve fase vormt hierbij een belangrijk instrument.

Het huisbezoek in de palliatieve fase:

De werkgroep gebruikte onderstaande definitie bij de totstandkoming van de huidige richtlijn.

“Een huisbezoek waarin er gespecialiseerde verpleegkundige ondersteuning⁴ en continuïteit van zorg wordt geboden aan patiënten en hun naasten waarbij er sprake is van niet-onverwacht overlijden (palliatieve fase)⁵.”

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase. Het voorziet in continuïteit van palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

Brochure als weergave van de afspraken

Het Netwerk heeft een brochure in gebruik, die u aantreft in de literatuurverwijzing, waarin kort beschreven staat:

- ✓ Bij welke vragen en problemen huisbezoeken zinvol kunnen zijn voor patiënten en hun naasten en wat zij kunnen verwachten van het huisbezoek;
- ✓ door wie patiënten kunnen worden aangemeld voor huisbezoeken;
- ✓ welke organisaties in de regio deze zorg aanbieden.

De brochure is geschreven om patiënten, naasten en verwijzers te informeren over het Palliatief Huisbezoek. De brochure is te versturen vanuit PalliArts.

² Voor de leesbaarheid wordt in deze richtlijn alleen gesproken over patiënten. Hiermee worden ook cliënten, bewoners of zorgvragers bedoeld.

³ Kwaliteitskader PZ Nederland, www.pallialine.nl

⁴ door gespecialiseerde wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist

⁵ Kwaliteitskader PZ Nederland, begrippenkader pagina 58

2 'Huisbezoeken in de palliatieve fase' binnen het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei

Doel 'Huisbezoeken in de palliatieve fase'

Het doel van de Palliatieve Huisbezoeken laat zich als volgt omschrijven:

Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase. Het voorziet in continuïteit van palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

Doelgroep 'Palliatief Huisbezoek'

De doelgroep die we onderscheiden:

Alle patiënten in de palliatieve fase van hun ziekten en hun naasten, ongeacht het onderliggend ziektebeeld (oncologisch, neurodegeneratief, aandoeningen zoals ALS, MS; hartfalen; COPD; dementie; kwetsbare ouderen).

Effect 'Huisbezoeken'

5

Door het preventieve en informatieve karakter van de bezoeken kan de gespecialiseerd wijk verpleegkundige of verpleegkundig specialist begeleiden bij het maken van keuzes betreffende: behandeling, afscheid nemen en overlijden en samen anticiperen op het ontstaan van problemen zoals:

- ✓ vermoeidheid;
- ✓ pijn;
- ✓ verminderde mobiliteit;
- ✓ klachten in denk- en waarnemingspatroon;
- ✓ overbelasting van de mantelzorg;
- ✓ vragen over het einde van het leven en sterven;
- ✓ de gewenste locatie van het overlijden

Het vroegtijdig contact met deze professional in de eerste lijn, werkt drempelverlagend. De patiënt raakt bekend met wat de thuiszorgorganisatie of andere partners te bieden hebben. En hoe zij deze hulp tijdig kunnen inschakelen. De patiënt en naasten worden in staat gesteld zo goed en aangenaam mogelijk de resterende tijd met elkaar op de gewenste locatie door te brengen.

Werkwijze: afspraken over de inhoud van de 'Huisbezoeken'

Het aantal huisbezoeken is afhankelijk van de behoefte van de patiënt en zijn naasten. Factoren die een rol spelen zijn: de complexiteit van de situatie en de inzet van naasten en professionals.

De wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist die het huisbezoek brengt:

- ✓ Is een vraagbaak en gesprekspartner voor de palliatieve patiënt en zijn naaste(n);
- ✓ kijkt op gestructureerde wijze naar signalen van (dreigende) zorgproblemen, symptomen en belasting die samenhangen;
- ✓ weet waar de expertise van andere zorgaanbieders en vrijwilligersorganisaties ligt.

In het eerste huisbezoek gaat het om kennismaken, vertrouwen opbouwen, peilen van de behoefte van de patiënt en zijn naasten, ingaan op vragen en indien gewenst, informeren over de zorg en de ondersteuningsmogelijkheden in de regio.

In het huisbezoek heeft de wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist oog en oor voor de vier dimensies van palliatieve zorg: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel en sluit aan bij de behoeften van cliënt en naaste(n). Na het eerste huisbezoek beslissen patiënt en naaste(n) samen met de professional of een volgend huisbezoek nodig is en zo ja wanneer.

Na (of tijdens) het eerste huisbezoek maakt de professional een individueel zorgplan en bespreekt deze met patiënt, hierbij is aandacht voor afspraken over afstemming en uitwisseling met de huisarts en andere belangrijke multidisciplinaire partners.⁶

Relevante aspecten bij een huisbezoek

- ✓ Duidelijk aandacht inruimen voor en het betrekken en stimuleren van informele zorg. Tijdens de intake inventariseert de wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist het sociaal netwerk en geeft indien nodig informatie over versterken van het sociaal netwerk en de inzet van vrijwilligers. In de regio Gelderse Vallei zijn er veel gemotiveerde en goed opgeleide vrijwilligers die kunnen ondersteunen (via VPTZ⁷ en NPV⁸). De professional kent ook de ondersteuningsmogelijkheden van meer praktische aard.
- ✓ De ervaring leert dat voorlichting door een zorgverlener over vrijwilligerswerk in een vroeg stadium wenselijk is en niet alleen voor de terminale zorg.
- ✓ Er zijn veel (meet)instrumenten en vragenlijsten die (een aspect van) kwaliteit van leven meten en geschikt zijn voor toepassing in de palliatieve zorg⁹. Voorbeelden zijn:
 - ✓ Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD)
 - ✓ De Lastmeter
 - ✓ De Ervaren Druk Door Informele Zorg (EDIZ)
 - ✓ Methodiek van besluitvorming in de palliatieve fase (IKNL)
- ✓ Het Netwerk beschikt over boekjes die kunnen ondersteunen in het gesprek: 'Wat als je je leven verliest' en 'Notities over het levenseinde'.
- ✓ Het regionale behandelwensformulier Gelderse Vallei¹⁰ kan een hulpmiddel zijn bij het formuleren en vastleggen van afspraken in de keten.

⁶één en ander volgens huidige afspraken op het gebied van privacy en toestemming in wet- en regelgeving (AVG, WGBO)

⁷ Vrijwillige Palliatieve Terminale Thuiszorg

⁸ Nederlandse Patiënten Vereniging

⁹ meetinstrumenten bij het Kwaliteitskader PZ Nederland. www.pallialine.nl

¹⁰ te vinden op de website van het Netwerk PZGV

Procedure

Aanmelden

Patiënten in de palliatieve fase die nog geen thuiszorg nodig hebben, worden door een Verpleegkundig Specialist, een verpleegkundige op de poli of afdeling van het ziekenhuis, een transferverpleegkundige of door de specialist of huisarts geïnformeerd over de mogelijkheid van een Palliatief Huisbezoek en ontvangen de informatiefolder van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei over deze huisbezoeken.

Indien de patiënt al zorg ontvangt, kunnen de zorgverleners van de wijkverpleging hen hier op wijzen. De professional die een Palliatief Huisbezoek brengt, kan van een andere thuiszorgorganisatie zijn dan waarvan men de zorg ontvangt¹¹.

Patiënten kunnen op twee manieren aangemeld worden voor het huisbezoek in de palliatieve fase bij een van de in de brochure genoemde thuiszorginstellingen:

1. Als de patiënt toestemming geeft, kan de zorgverlener / verwijzer een aanmelding doen, via Zorgspoor of telefonisch.
2. De patiënt of naaste kan zelf contact opnemen met één van de thuiszorginstellingen die in de folder staan.

Bij de aanmelding worden in ieder geval de volgende gegevens doorgegeven:

- Naam en contactgegevens van de patiënt
- BSN nummer
- Diagnose en prognose
- Contactgegevens verwijzer
- Betrokkenheid van het Palliatief Team Ziekenhuis

7

De wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist neemt binnen één week na ontvangst van de aanmelding contact op met de patiënt of naaste en maakt een afspraak. Indien het contact eerder gewenst is, dan wordt dit op de aanvraag vermeld.

Verslaglegging en terugkoppeling

De wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt na de intake, in overleg met de patiënt, een zorgplan op. Zij rapporteert elk huisbezoek op de doelen in het digitale dossier.

De patiënt en naaste kunnen inzagerecht krijgen in de rapportage via het rapportagesysteem van de thuiszorgorganisatie (bijvoorbeeld CarenZorg).

Indien de patiënt overgedragen wordt naar 1^e lijn, zal erin principe geen terugkoppeling meer zijn naar de 2^e lijn. Het palliatief team van het ziekenhuis heeft meestal nog eenmalig telefonisch contact met de patiënt om te beoordelen of de opvolging thuis naar wens verloopt. Indien er nog palliatieve behandelingen aangeboden worden door de 2^e lijn, zal met de betrokken hulpverlener afgestemd worden hoe de terugkoppeling van de huisbezoeken vorm gegeven zal worden.

Financiering 'Huisbezoeken'

Er zijn voor de patiënten geen kosten aan deze bezoeken verbonden.

¹¹ Thuiszorgorganisaties verschillen in de werkwijze van onderaanneming of indicatiestelling.

De huisbezoeken worden sinds 1 januari 2015 vanuit de Zvw gefinancierd. Voor deze zorg hoeft de patiënt dus geen eigen bijdrage te betalen via CAK en het gaat ook niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.

3 Kwaliteitscriteria 2017

Wie brengen er 'huisbezoeken'?

Verwijzen gebeurt alleen als er onderling vertrouwen is. Het gaat dan vooral om het vertrouwen dat een dienst die een andere organisatie of persoon levert kwalitatief goed is en integer gebeurt. Het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei heeft in 2016 daarom samen met de werkgroep een aantal randvoorwaarden beschreven voor de gespecialiseerde wijkverpleegkundigen en de thuiszorginstellingen die deze huisbezoeken uitvoeren.

De volgende Kwaliteitscriteria voor wijkverpleegkundigen die huisbezoeken brengen zijn vastgesteld:

- ✓ Wijkverpleegkundigen die op huisbezoek gaan, hebben aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Uitgaande van de competenties in het Beroepsprofielcode voor de verpleegkundige palliatieve zorg (V&VN PV) gaat het bij huisbezoeken in de palliatieve fase om specialistische zorg waarvoor niveau 5 of niveau 6¹² is vereist.

Deskundigheid en ervaring moeten blijken uit:

- ✓ Wijkverpleegkundigen die Palliatieve Huisbezoeken brengen, voldoen aan het volgende deskundigheidsniveau: 'Bekwaam' = (hbo) gediplomeerd, gevorderd verpleegkundigen, niveau B- plus¹³.
- ✓ Wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die huisbezoeken brengen, verlenen wekelijks zorg aan palliatieve patiënten en zij doen dat volgens de landelijke richtlijnen voor Palliatieve Zorg (www.pallialine.nl).

9

Welke organisaties staan in de brochure 'Palliatief Huisbezoek'?

Thuiszorgorganisaties die opgenomen worden in de brochure voor het uitvoeren van deze huisbezoeken in de palliatieve fase voldoen aan de volgende criteria:

- ✓ De organisatie heeft de samenwerkingsovereenkomst met het Netwerk PZGV getekend en daarmee de Visie, Missie en Waarden¹⁴ van het Netwerk PZGV onderschreven.
- ✓ Dit betekent concreet dat de geboden zorg wordt verleend volgens de professionele standaarden en aansluit bij de wensen en behoeften van de zorgvrager. Daarnaast onderschrijven de Netwerkpartners door het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst het belang van samenwerking in de regio met andere Netwerkpartners.
- ✓ De organisatie heeft deskundige wijkverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten in dienst om de huisbezoeken uit te voeren.
- ✓ De organisatie volgt de procedure voor aanmelding en terugkoppeling. Wanneer de procedure niet toereikend is voor de praktijk, wordt de Netwerkcoördinator op de hoogte gesteld.

¹² NLQF-niveau 6 in het nieuwe opleidingsprofiel hbo-v.

¹³ Zie voor de nadere omschrijving: "Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg" V&VN 2010: december 2010 Angelique de Wit, Marie-Christine Koelewijn-Vissers en Anja Guldmond-de Jong.

¹⁴ [Visie, Missie en Waarden Netwerk](#).

- ✓ De organisatie creëert optimale randvoorwaarden (voldoende tijd voor voorbereiding, uitvoering, terugkoppeling en afronding) voor dit type huisbezoek.
- ✓ De organisatie geeft inzicht in het organisatiebeleid/ teambeleid t.a.v. de palliatieve huisbezoeken en geeft aan welke hulpmiddelen er gebruikt worden binnen de organisatie.

4 Richtinggevende documenten en verantwoording

Meetinstrumenten

Er zijn veel ([meet](#))instrumenten en vragenlijsten die (een aspect van) kwaliteit van leven meten en geschikt zijn voor toepassing in de palliatieve zorg. Voorbeelden voor alle domeinen zijn te vinden bij het Kwaliteitskader op www.pallialine.nl.

Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg

In 2010 heeft Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Palliatieve Verpleegkunde (V&VN PV) een competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg uitgebracht (Wit, A. e.a., 2010). In de Competentiebeschrijving wordt het functioneren van verpleegkundigen palliatieve zorg beschreven in zeven gebieden:

vakinhoudelijk handelen;
communicatie;
samenwerking;
kennis en wetenschap;
maatschappelijk handelen;
organisatielidmaatschap;
professionaliteit.

Met de beroepscode als uitgangspunt wordt het concrete verpleegkundige gedrag beschreven zoals dat wenselijk is in de palliatieve zorg.

Deze competentiebeschrijving kent drie deskundigheidsniveaus en ziet er in schema als volgt uit.

Deskundigheidsniveau	Doelgroep	Omschrijving
A	Niet gediplomeerd	In opleiding
	Gediplomeerd	Werkzaam in algemene zorgomgeving, incidenteel pz
B	Gevorderd Vervolgopleiding	Algemene zorgomgeving, regelmatig pz specialistische zorgomgeving
B+	Palliatief verpleegkundig consulent	Ervaring, overstijgend denkniveau,
C	Expert palliatieve zorg Wetenschappelijk onderzoek, Beleidsontwikkeling, Onderwijs	Verpleegkundig Specialist

Deskundigheidsniveau A:

herkennen van verpleegkundige problemen, inschakelen van anderen die meer deskundig zijn

Deskundigheidsniveau B:

herkennen en begeleiden van patiënten en naasten

Deskundigheidsniveau B+:

herkennen en begeleiden en anticiperen op verpleegkundige problemen en verdiepen in de complexe zorg

Deskundigheidsniveau C

herkennen en begeleiden en anticiperen en verdiepen met nadruk op actief participeren in innovatie en kwaliteit

De letters van de deskundigheidsniveaus worden ook wel als volgt omschreven:

Aandacht voor alledaagse zorgvragen

Generalistische zorg (stabiel)

Begeleidings- en interventiebehoeften +/- professionele noodzaak

Specialistische zorg (oncomfortabel, kwetsbaar)

Crisis situaties

Expert zorg (instabiel)

De competentiebeschrijving wordt door V&VN PV gezien als hulpmiddel in de de ontwikkeling van beginnend naar expert verpleegkundige (Zie model van Benner) .

Literatuur en websites

Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland, 2017, IKNL en Palliactief; www.pallialine.nl

Wit, A. de, Koelewijn-Vissers, M.C., Guldmond-de Jong, A. (2010), Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg, V&VN Palliatieve Verpleegkunde, digitaal beschikbaar via: [Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de pall. zorg V&VN PV 2010](#)

Competentiebeschrijving voor verpleegkundige in de palliatieve zorg:

[Model van Benner: van beginner naar expert](#)

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg.pdf>

[Brochure Palliatief Huisbezoek](#) Netwerk palliatieve zorg regio Gelderse Vallei gepubliceerd op website Netwerk palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei en in PalliArts.

Werkgroep Ketenoptimalisatie 2016: 'Palliatief Huisbezoek'

Nella Oudijn	Gespecialiseerd verpleegkundige oncologie / palliatieve zorg bij Vitras, palliatief consulent regionaal consultatieteam Vallei & Veluwe
Jolanda Prins	Verpleegkundig specialist Ziekenhuis Gelderse Vallei; palliatief consulent consultatieteam Vallei & Veluwe, palliatief consulent regionaal Palliatief Team Ziekenhuis Gelderse Vallei
Arrien van Prooijen	Oncologieverpleegkundige en consulent bij Care for Cancer
Sietske Vijselaar Wilma van Dinther	Verpleegkundige in de wijk bij Icare Verpleegkundig Specialist bij Icare
Els van der Wekken	Wijkverpleegkundige /gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg bij HdsZorg
Carin de Ruijter-Oosterman	Gespecialiseerd verpleegkundige COPD bij Opella
Ria van den Broek	Kaderhuisarts Palliatieve Zorg, palliatief consulent consultatieteam Vallei & Veluwe, Huisarts NP
Anja Oostveen	Netwerkcoördinator

De opdracht aan de werkgroep luidde:

Het Netwerk PZGV definieert het Palliatief Huisbezoek, doet aanbevelingen voor de borging van dit aanbod binnen de Netwerkorganisatie en vraagt alle Netwerkpartners een bijdrage te leveren in het aanbod en het verwijzen naar een Palliatief Huisbezoek. Het Netwerk PZGV wil op basis van de richtlijn die daarbij opgesteld wordt, komen tot een regionaal gedragen afspraak met Netwerkpartners.

Samenvatting

In 2016 en 2017 heeft een werkgroep binnen het Netwerk zich gebogen over de opdracht:

‘Het Netwerk PZGV definieert het Palliatief Huisbezoek, doet aanbevelingen voor de borging van dit aanbod binnen de Netwerkorganisatie en vraagt alle Netwerkpartners een bijdrage te leveren in het aanbod en het verwijzen naar een Palliatief Huisbezoek’.

Doelstelling is daarbij op basis van de richtlijn die daarbij opgesteld wordt, te komen tot een regionaal gedragen afspraak met Netwerkpartners.

In 2017 ging de Richtlijn Palliatief Huisbezoek van start waarbij onderstaande doelstelling op patiëntenniveau centraal staat:

“Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.”

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase. Het voorziet in continuïteit van geboden palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

De leden van de werkgroep destijds en de huidige expertgroep zijn van mening dat vertrouwen in de kwaliteit van het Palliatief Huisbezoek voortkomt uit een bepaald opleidingsniveau van de professional die een huisbezoek aflegt. In de richtlijn is dit als volgt verwoord:

“Wijkverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten die op huisbezoek gaan, hebben aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Uitgaande van de competenties in het Beroepsprofielcode voor de verpleegkundige palliatieve zorg (V&VN PV) gaat het bij huisbezoeken in de palliatieve fase om specialistische zorg waarvoor niveau 5 of niveau 6 (NLQF systematiek) is vereist.”

14

De richtlijn is voorgelegd aan alle aangesloten thuiszorgorganisaties binnen het Netwerk. Een groot deel van de thuiszorgorganisaties is van mening dat zij dit product kunnen en willen bieden. Zij onderschrijven daartoe ook de geschetste werkwijze en procedure in de richtlijn.

Het Netwerk heeft een brochure beschikbaar, als weergave van de regionale afspraken, waarin kort beschreven staat:

- ✓ Bij welke vragen en problemen huisbezoeken zinvol kunnen zijn voor patiënten en hun naasten en wat zij kunnen verwachten van het huisbezoek;
- ✓ door wie patiënten kunnen worden aangemeld voor huisbezoeken;
- ✓ welke organisaties in de regio deze zorg aanbieden.

De brochure is ook digitaal te versturen vanuit PalliArts.

De werkgroepleden zijn er gezamenlijk van overtuigd dat een tijdige inzet van het Palliatief Huisbezoek bijdraagt aan een beter niveau van palliatieve zorg aan patiënt en naasten en aan de afstemming tussen zorgverleners. Eind 2018 is de richtlijn op actualiteit aangepast.