

RTA Palliatieve zorg

regionale transmurale afspraak palliatieve zorg
regio Zuid-Kennemerland en
Haarlemmermeer

mei 2022

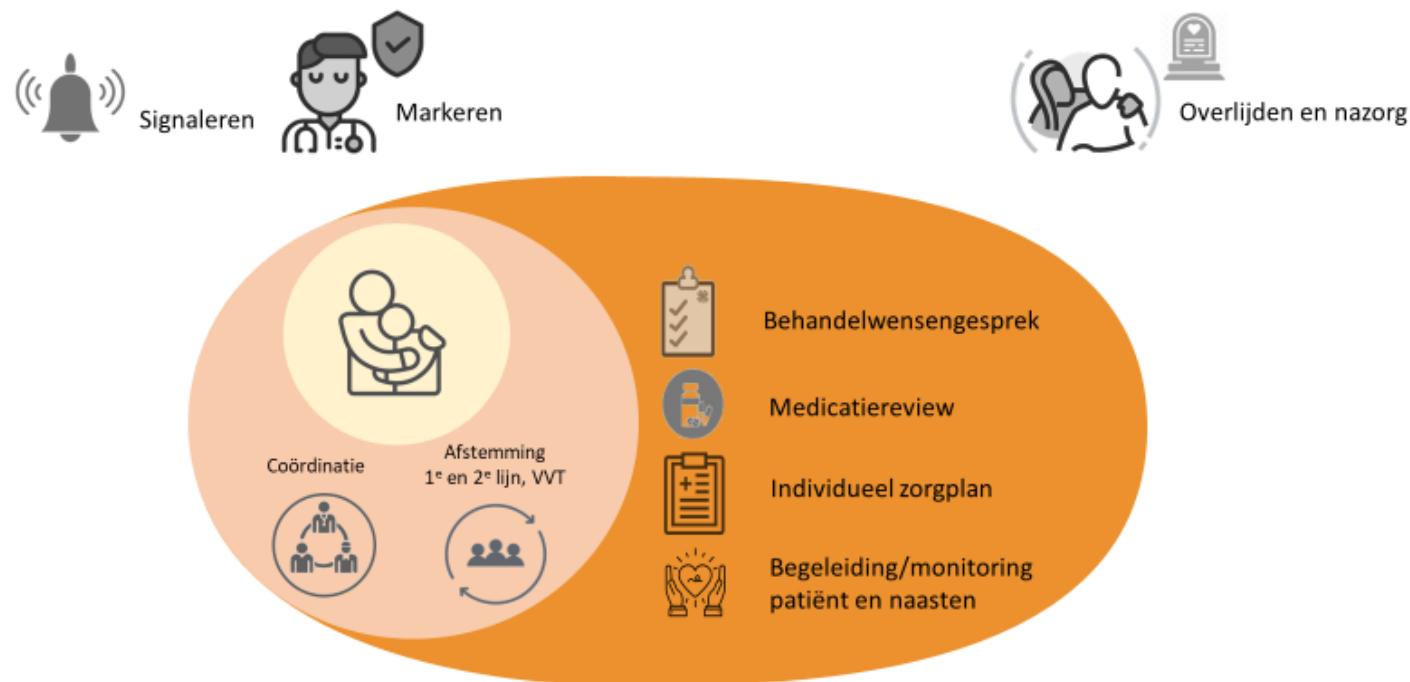
Inhoud

Dia 2: Zorgpad

Dia 3 t/m 19: uitwerking van de stappen

Dia 20 t/m 32: achtergrondinformatie

Dia 33: hulpmiddelen





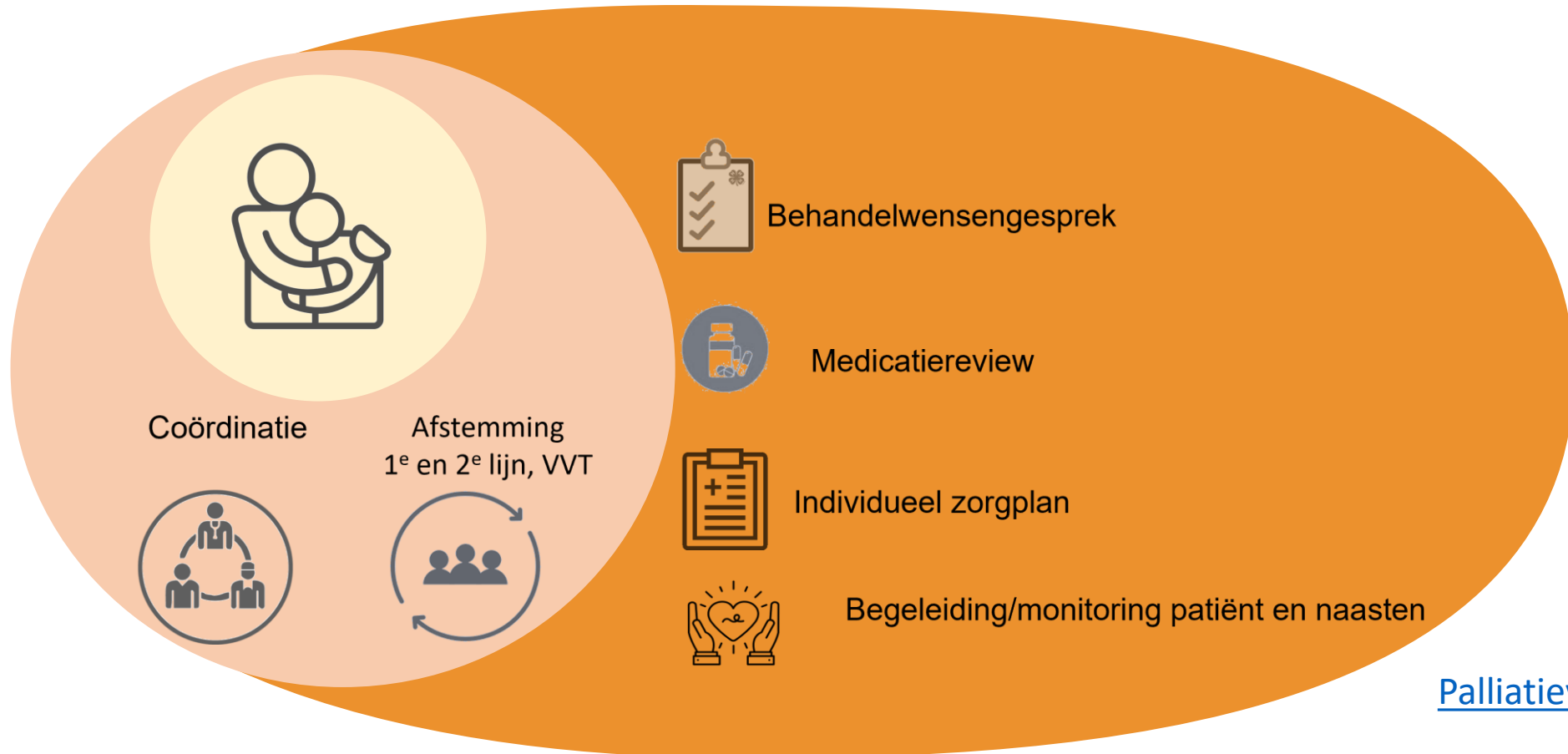
Signaleren



Markeren



Overlijden en nazorg



[Palliatieve zorgkaart](#)

Door op de iconen te klikken gaat u naar de betreffende dia



Signaleren

Wie

Signalering kan in principe door iedereen worden gedaan (zorgprofessionals uit de eerstelijns en tweedelijns, patiënt, naaste, etc.).

Hoe

Degene die signaleert bespreekt dit met de behandelend arts (huisarts of behandelend specialist). Deze beoordeelt uiteindelijk of de patiënt in aanmerking komt voor markering van de palliatieve fase.

Acties bij  Signaleren

Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Verder met palliatieve fase van de patiënt markeren	Signalen bespreken met huisarts of behandelend specialist	Verder met palliatieve fase van de patiënt markeren

Klik [hier](#) voor meer informatie over signaleren



Markeren

Wie

De arts markeert. Dit kan zowel de huisarts, specialist ouderengeneeskunde als medisch specialist in het ziekenhuis zijn. Degene die markeert heeft de verantwoordelijkheid om het Behandelwensengesprek te voeren of om dat over te dragen aan een andere professional. Het is belangrijk dat deze markering met de patiënt en naasten besproken wordt, zodat bij de patiënt bekend is dat de behandelfocus verandert (niet curatief maar levensverlengend en/of symptoom verlichtend).

Hoe

De [surprise question](#) kan behulpzaam zijn voor het 'markeren' van de patiënt. Markeren gebeurt tijdens 1 of meerdere gesprekken met de patiënt en mogelijk de naasten. Voorafgaand aan dit gesprek checkt de arts die het gesprek voert of er met andere behandelaars al behandelaafspraken zijn gemaakt. Het aantal gesprekken is afhankelijk van de behoefte van de patiënt. De ene patiënt heeft meer tijd nodig om te onderkennen dat hij in de palliatieve fase is beland dan de andere. De markering wordt door de arts vastgelegd.

Acties bij



Markeren

Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Markering bespreken met patiënt en naasten.		Bespreken met patiënt en naasten.
Melden aan andere zorgverleners dat patiënt gemarkeerd is. Als thuiszorg wordt ingezet: benadruk dat het om een palliatieve patiënt gaat.	Markering registreren in dossier.	Melden aan andere zorgverleners dat patiënt gemarkeerd is
Voeren behandelwensengesprek, vastleggen behandelwensen en delen met HAP en andere zorgverleners.		Voeren behandelwensengesprek, vastleggen behandelwensen en delen met huisarts en andere zorgverleners.
Afspreken wie de centrale zorgverlener is.	Afspreken wie de centrale zorgverlener is.	Afspreken wie de centrale zorgverlener is.
Huisarts zorgt dat bij HAP ook bekend is dat patiënt palliatief gemarkeerd is en verzorgt een korte overdracht. (ICPC A69.01= 'Palliatieve zorg').		

Klik [hier](#) voor meer informatie over markeren



Afstemming 1^e en 2^e lijn, VVT

- Palliatieve zorg is generalistische zorg, zo nodig ondersteund door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.
- In de eerstelijns kan interdisciplinair overleg plaatsvinden en kunnen [PaTz](#) groepen actief zijn om de zorg in de eerstelijns multidisciplinair af te stemmen.
- Experts kunnen worden geconsulteerd of gevraagd voor medebehandeling.
- Zorgverleners kunnen patiënten bespreken in een [Regionaal MDO](#).
De [centrale zorgverlener](#), huisarts, behandelend specialist en andere betrokken zorgverleners van de patiënt worden uitgenodigd (online) deel te nemen aan het Regionaal MDO.
- De patiënt krijgt de volledige ontslagbrief en, indien thuiszorg betrokken is, verpleegkundige overdracht inclusief medicatieoverzicht altijd uitgeprint mee, zodat altijd de ontslaggegevens voor handen zijn voor de opvolgend zorgverlener(s).
- Huisarts zorgt dat bij HAP ook bekend is dat patiënt palliatief gemarkeerd is en verzorgt een korte overdracht.

Beslisboom inzet expertise palliatieve zorg



Vraagstelling palliatieve patiënt

Is er een [centrale zorgverlener](#)?

- Ja → alle vragen in principe via/i.o.m. centrale zorgverlener
- Nee → overleg dan volgens onderstaande beslisboom (daarna; [markeer patiënt](#) en onderneem vervolgacties conform afspraken):

Over	Wie (zie palliatieve zorgkaart)
Generalistische zorg-, begeleidingsvragen	Reguliere wijkverpleegkundige, huisarts, SO
Inzet reguliere (zorg)hulpmiddelen	Reguliere wijk/thuiszorgorganisatie
Complexe zorg-, begeleidingsvragen - >2 dimensies - Of bij beperkte ervaring/ kennis van de generalistische zorgverleners)	Gespecialiseerd verpleegkundige pz/ Casemanager Bardo
Medisch inhoudelijke vragen	indien patiënt bekend/onder behandeling is bij Spaarne Gasthuis: Behandelend specialist of TOPZ
	indien patiënt <u>niet</u> bekend/onder behandeling is bij Spaarne Gasthuis: Fibula consultant
Vraag m.b.t. paramedische zorg/ geestelijke verzorging	Eerstelijns paramedici/ geestelijke verzorging
Opname in hospice of palliatieve unit verpleeghuis	Conform reguliere opnameprocedure

Acties bij



Afstemming
1^e en 2^e lijn, VVT



Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
PaTz/ MDO	PaTz/ MDO	
Verwijsbrief incl. medicatie overzicht mee (evt. ook verpleegkundige overdracht)	Verpleegkundige overdracht meegeven	Patiënt krijg ontslagbrief incl. medicatie overzicht mee (evt. ook verpleegkundige overdracht)
MDO TOPZ	MDO TOPZ	MDO TOPZ - Huisartsen wordt via mail geïnformeerd wanneer zijn/haar patiënt besproken wordt. - Huisartsen en gespecialiseerd wijkverpleegkundigen wordt de mogelijkheid geboden deel te nemen aan het MDO TOPZ. - Huisartsen en gespecialiseerd wijkverpleegkundigen krijgen de mogelijkheid om vooraf input voor het MDO mee te geven.

Klik [hier](#) voor meer informatie over afstemming

Klik [hier](#) voor meer informatie over PaTz

Klik [hier](#) voor meer informatie over MDO TOPZ

Acties m.b.t. bij informatie overdracht



Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Bij elke (terug)verwijzing tussen eerstelijns, tweedelijns en VVT wordt aanvullend aan de reguliere overdracht conform landelijke richtlijnen medische overdracht en verpleegkundige overdracht het volgende overgedragen: - Belangrijkste behandeldoel: curatief of palliatief - Behandelwensen en -grenzen - Actueel medicatieoverzicht inclusief start en stop en de reden daarvan - Verslag MDO of aandachtspunten uit PaTz bespreking - Wie centrale zorgverlener is, met vermelding van thuiszorgorganisatie en team - Welke zorgverleners betrokken zijn - Advies vervolgsbeleid/proactief anticiperend beleid - Belangrijkste problemen en te verwachten problemen binnen de vier dimensies: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel (zingeving) - Individueel zorgplan (<i>toekomst</i>)		
Procesafspraken schriftelijke overdracht: De verwijs-/ ontslagbrief en eventueel verpleegkundige overdracht (als wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet) gaat naar zowel huisarts, medisch specialist, indien betrokken de thuiszorg, hospice. Iedereen ontvangt dezelfde overdracht zodat complete verhaal bij iedereen bekend is.		
De medische verwijsbrief via Zorgdomein of meegegeven. Verpleegkundige overdracht wordt bij geplande opname meegegeven, bij acute opname < 24 uur verstuurd.		- De patiënt krijgt de (voorlopige) volledige ontslagbrief en eventueel verpleegkundige overdracht uit het ziekenhuis altijd uitgeprint mee, zodat thuis altijd de ontslaggegevens voor handen zijn voor de huisarts en andere zorgverleners. - Bij ontslag na opname in het ziekenhuis: binnen 24 uur na ontslag definitieve ontslagbrief naar huisarts en/of SO. - Vanuit polikliniek: bij significante wijzigingen binnen twee werkdagen polibrief naar de huisarts.
Procesafspraken telefonisch contact: Bij spoedverwijzingen vanuit de eerstelijns naar de tweedelijns is er altijd telefonisch contact voordat patiënt ingestuurd wordt en vindt een warme overdracht plaats. Hierbij wordt vermeld dat het om een palliatieve patiënt gaat.		Procesafspraken telefonisch contact: Indien situatie van de patiënt bij overdracht van ziekenhuis naar eerste lijn op korte termijn actie vraagt van opvolgend zorgverlener(s) wordt naast schriftelijke (terug)verwijzing een dag voorafgaand aan ontslag altijd telefonisch contact opgenomen.

Acties in ziekenhuis t.b.v.



Afstemming
1^e en 2^e lijn, VVT



SEH	Kliniek
De SEH (SEH-arts of AIOS/specialist) neemt de informatie m.b.t. behandelwensengesprek uit de verwijzing van de huisarts/SO mee in de afwegingen.	Medisch specialist is hoofdbehandelaar gedurende de opname.
Indien de patiënt bekend is bij TOPZ wordt TOPZ altijd in consult geroepen op SEH of telefonisch geconsulteerd. (NB ook als patiënt niet bekend is bij TOPZ kan bij palliatieve zorgvraag TOPZ geconsulteerd worden vanaf SEH).	Op de afdeling wordt de informatie m.b.t. behandelwensengesprek uit de verwijzing van de huisarts/SO meegenomen in de afwegingen.
Indien er geen/onvolledige verwijzing van de huisarts is: specialist/SEH-arts belt de huisarts/HAP(?) voor actuele status en aanvullende informatie betreffende behandelwensengesprek op.	Indien tijdens de opname de patiënt in ziekenhuis als palliatief wordt gemarkeerd neemt zaalarts contact op met huisarts om af te stemmen of behandelwensengesprek in eerstelijns/VVT is gedaan. ○ Bij reële kans op verdere verslechtering tijdens ziekenhuisopname wordt behandelwensengesprek in ziekenhuis gedaan. ○ Bij verwacht ontslag naar huis/VVT wordt afgestemd met huisarts/SO wie behandelwensengesprek gaat doen.
Bij ontslag van SEH naar huis: ○ tijdens kantooruren wordt de huisarts <u>telefonisch</u> geïnformeerd over de bevindingen en beleid thuis. ○ tijdens ANW uren wordt de HAP telefonisch geïnformeerd naast de SEH brief die naar huisarts wordt verstuurd. ○ indien nodig kan via de regionale aanmeldportalen wijkverpleegkundige zorg of eventueel opname op ELV bed worden bemiddeld.	Indien gespecialiseerde palliatieve zorg geïndiceerd is wordt TOPZ in consult gevraagd: ○ In overleg kan TOPZ het hoofdbehandelaarschap overnemen. ○ Patiënt wordt in MDO TOPZ besproken. ○ Het MDO TOPZ verslag wordt verstuurd naar huisarts en/of SO.

Klik [hier](#) voor meer informatie over afstemming



Coördinatie

Wie

Degene die het behandelwensengesprek voert stemt met patiënt, naaste en andere zorgverleners af wie de centrale zorgverlener is. De centrale zorgverlener kan een arts zijn, een verpleegkundige of een andere professional zijn (ook eventueel een paramedicus of een hulpverlener uit het sociaal domein).

Hoe

Per patiënt wordt een centrale zorgverlener of zorgverleners aangewezen. Dit is iemand die de zorg coördineert en de eerste contactpersoon is bij vragen of problemen voor de patiënt, naasten en betrokken professionals. Ook heeft en houdt de centrale zorgverlener het overzicht over de ingezette zorg en ondersteuning.

Acties bij



Coördinatie



Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Stemt af wie de centrale zorgverlener is		Stemt af wie de centrale zorgverlener is
Rol van de centrale zorgverlener - Centrale zorgverlener is (bij voorkeur) iemand uit eerstelijns. - is 1^e aanspreekpersoon bij vragen en problemen voor de patiënt, naasten en betrokken zorgverleners. - Houdt overzicht over ingezette zorg en ondersteuning en coördineert de zorg. - Aandacht voor draagkracht, draaglast, wensen en behoefte van patiënt en naasten. En het bieden van ondersteuning. - Vooruitplannen en organiseren van zorg en aanvullende ondersteuning. - Eventueel inbrengen bij interdisciplinair overleg, PaTz of MDO TOPZ.		



Behandelwensengesprek

Wie

- De arts die de palliatieve fase markeert heeft de verantwoordelijkheid om het Behandelwensengesprek te voeren of om dat over te dragen aan een andere professional (bv de huisarts/SO of hoofdbehandelend specialist).
- Indien tijdens de opname de patiënt in ziekenhuis als palliatief wordt gemarkeerd neemt zaalarts contact op met huisarts om af te stemmen of behandelwensengesprek in eerstelijns is gedaan. Er kan dan teruggekomen worden op dat gesprek, waarbij besproken dient te worden of de patiënt (in nu een nieuwe gezondheidssituatie) de eerder gemaakte behandelafspraken wil bijstellen of handhaven.
- Bij reële kans op verdere verslechtering tijdens ziekenhuisopname wordt een behandelwensengesprek in ziekenhuis gedaan.
- Bij verwacht ontslag naar huis/VVT wordt afgestemd met huisarts/SO wie het behandelwensengesprek gaat doen.

Hoe

- Na markering van de palliatieve fase neemt de arts het initiatief om met patiënt en naasten in gesprek te gaan over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Hulpmiddelen

Voor huisartsen: Toolkit Behandelwensengesprek (via [HOZK/ Zorggroep Haarlemmermeer](#))

Voor patiënten: Informatie Thuisarts: [wensen voor zorg en behandeling](#)

Acties bij



Behandelwensengesprek



Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Voert Behandelwensengesprek		Zaalarts neemt contact op met huisarts om af te stemmen of behandelwensengesprek in eerstelijns is gedaan. Er kan dan teruggekomen worden op dat gesprek, waarbij besproken dient te worden of de patiënt (in nu een nieuwe gezondheidssituatie) de eerder gemaakte behandelafspraken wil bijstellen of handhaven.
Uitkomsten van het Behandelwensengesprek - worden meegegeven aan patiënt - worden vastgelegd in HIS, onder ICPC A20' ('Gesprek levenseinde/behandelwensen') - worden overgedragen naar de HAP en de centrale zorgverlener conform reguliere werkwijze - Behandelwensen worden opgenomen in de verwijzing.	De eerst verantwoordelijke verpleegkundige verwerkt de informatie in het verpleegkundig dossier.	Bij reële kans op verdere verslechtering tijdens ziekenhuisopname wordt een behandelwensengesprek in ziekenhuis gedaan.
		Bij verwacht ontslag naar huis/VVT wordt afgestemd met huisarts/SO wie het behandelwensengesprek gaat doen.



Medicatiereview

Juist in de laatste fase van het leven is het belangrijk om te bekijken in hoeverre geneesmiddelen die worden gebruikt, nog nodig zijn. Het doel van de medicatiereview is de medicamenteuze behandeling af te stemmen op de palliatieve fase, waarbij zoveel mogelijk (vermijdbare) bijwerkingen van medicatie voorkomen worden.

Wie

Behandelend huisarts, medisch specialist, arts-assistent, specialist ouderengeneeskunde. In samenspraak met apotheker.

Hoe

richtlijn NHG [polyfarmacie bij ouderen](#)

methode [STRIP](#)

website Ephor [voorschrijfinstrumenten](#)

handreiking STOP-NL [criteria van potentieel ongeschikte medicijnen voor oudere patiënten](#)

Acties bij



Medicatiereview

Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Bekijken in hoeverre geneesmiddelen die worden gebruikt, nog nodig zijn. In samenspraak met de apotheker.	signaleren en beoordelen of wijziging en/of saneren van medicatie nodig is.	Bekijken in hoeverre geneesmiddelen die worden gebruikt, nog nodig zijn. In samenspraak met de apotheker.



Individueel zorgplan

Relevante basisinformatie staat in verwijs- en ontslagbrieven. Een uitgebreider individueel zorgplan is opgenomen in de wensenlijst toekomst.

→ Verder uit te werken in implementatieplan VVT.



Begeleiding/monitoring patiënt en naasten

De centrale zorgverlener is de eerstverantwoordelijke voor de begeleiding en monitoring van patiënt en naasten.

Acties bij



Begeleiding/monitoring patiënt en naasten

Huisarts	Wijkverpleegkundige	Ziekenhuis
Taken van de centrale zorgverlener hierbij zijn onder andere: • Aandacht voor draagkracht, draaglast, wensen en behoefte van patiënt en naasten. En het bieden van ondersteuning. • Vooruitplannen en organiseren van zorg en aanvullende ondersteuning. • Eventueel inbrengen bij interdisciplinair overleg, PaTz of MDO TOPZ.		



Overlijden en nazorg

Bij overlijden wordt de procedure overlijden gevolgd, geldend in de eerste- of tweedelij. Belangrijk is dat alle betrokken zorgverleners worden geïnformeerd over het overlijden en dat wordt afgestemd wie de nazorg op zich neemt. De centrale zorgverlener informeert de betrokken zorgverleners over het overlijden. Nazorg is een belangrijke fase waarbij in ieder geval op korte en lange termijn aandacht is voor het verwerken van het overlijden. De vorm van nazorg is aan de individuele zorgverlener en dient afgestemd te worden op de behoeften van de nabestaanden.

Acties bij Overlijden en nazorg

Huisarts

Wijkverpleegkundige

Ziekenhuis

Centrale zorgverlener informeert alle betrokken zorgverleners over het overlijden en stemt af wie de nazorg op zich neemt

Achtergrondinformatie





Signaleren

Achtergrondinformatie

Wat

Signaleren is het tijdig herkennen van patiënten waarbij een niet curatieve aandoening is gediagnosticeerd met beperkte levensverwachting en/of er een toenemende zorgbehoefte is. Bij het signaleren gaat het nog niet om het daadwerkelijk markeren, maar om het constateren of de palliatieve fase van een patiënt voor markering in aanmerking komt.

Waarom

Signalering is nodig om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door signalering kunnen zorgverleners anticiperen op (te verwachten) problemen. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënten en naasten.

Hulpmiddelen

- Surprise question: zou het mij, als zorgverlener, verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?
- Posters: <https://www.zorgnetwerkmb.nl/nieuws/download-de-posters-surprise-question-copd-en-hartfalen/>



Markeren

Achtergrondinformatie

Wat

Het palliatieve zorgtraject start met het markeren van de palliatieve fase als herstel of genezing niet meer mogelijk is en/of er een toenemende zorgbehoefte is. Doel van markeren is het tijdig in gesprek gaan over wensen en behoeften en het tijdig kunnen inschakelen van benodigde zorg en ondersteuning op vlak van de vier dimensies, zowel op lichamelijk gebied, als op sociaal, psychisch en zingevinggebied (zoals bijvoorbeeld een (gespecialiseerd) thuiszorg-verpleegkundige of paramedici).

Waarom

Markeren is van belang omdat daarbij voor de patiënt en de betrokken zorgverleners helder wordt dat iemand niet meer genezen kan worden en dat de laatste levensfase is aangebroken voor patiënt en professional. Op basis daarvan kunnen (behandel-) keuzes worden gemaakt. In deze fase spreek je af wie de centrale zorgverlener is.

Hulpmiddelen

- [Surprise question](#)
- <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/hulpmiddelen-markering-acp-eerste-lijn>
- <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/hulpmiddelen-markering-acp-tweede-lijn>
- [Posters surprise question COPD en hartfalen](#)
- <https://www.zorgvoorbeter.nl/palliatieve-zorg/wat-is-het/vier-fasen>



Afstemming
1^e en 2^e lijn, VVT

Achtergrondinformatie

Wat

De patiënt heeft tijdens de palliatieve fase regelmatig met meerdere zorgverleners te maken. Om goede zorg en continuïteit te bieden is het belangrijk dat iedere discipline over de benodigde informatie beschikt op het juiste moment. Het gaat dan om:

- afspraken die met patiënt/naasten gemaakt zijn
- medische overdracht
- Betrokkenen
- Tussen de verschillende zorgverleners in de keten moeten afspraken worden gemaakt met de patiënt en naasten en de zorg tijdig en volledig worden overgedragen.

Waarom

Het is belangrijk dat patiënten de juiste zorg krijgen. Door goede afspraken en informatie overdracht wordt continuïteit gewaarborgd tussen huisarts, ziekenhuis en VVT. Patiënt, naasten en betrokken zorgverleners weten wie wanneer waarvoor bereikbaar is.



Coördinatie

Achtergrondinformatie

Wat

Gecoördineerde, afgestemde zorg in de palliatieve fase. De betrokken zorgverleners weten elkaar te vinden en werken langs korte lijnen. Per patiënt wordt afgesproken wie de **centrale zorgverlener** is.

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, danwel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.

Waarom

Goede kwaliteit van palliatieve zorg vraagt om coördinatie en continuïteit van zorg met kennis van zaken én met behoud van zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van patiënt en naasten.



Behandelwensengesprek

Achtergrondinformatie

Wat

Het Behandelwensengesprek is het proces (vaak meerdere gesprekken) waarbij een patiënt, in samenspraak met hulpverleners en naasten, besluiten neemt en vastlegt over zijn toekomstige zorg. Dit is een continu proces. Wensen en besluiten worden vastgelegd in het behandelwensenformulier ZKL/Haarlemmermeer. Dit kan doorlopend worden aangepast.

Waarom

Behandelwensengesprekken dragen bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Door afspraken te maken (over verschillende aspecten zoals lichamelijk, sociaal, spiritueel (zingeving) en psychisch), is de kans groter dat deze fase verloopt volgens de wensen van de patiënt. Verder wordt beoogd te voorkomen dat de patiënt nog medisch zinloze behandelingen zal ondergaan. Het helpt ook de naasten want zij dragen daardoor niet alleen de verantwoordelijkheid voor moeilijke beslissingen in die laatste periode.

Hulpmiddelen

- Voor huisartsen: Toolkit Behandelwensengesprek (via [HZK/Zorggroep Haarlemmermeer](#))
- Voor patiënten: Informatie Thuisarts: [wensen voor zorg en behandeling](#)



Medicatiereview

Achtergrondinformatie

Wat

De medicamenteuze behandeling afstemmen op de palliatieve fase, ter voorkoming van zoveel als mogelijk (vermijdbare) bijwerkingen van medicatie.

Waarom

Het is belangrijk te bekijken in hoeverre de gebruikte geneesmiddelen nodig/ zinvol zijn.

Hulpmiddelen

- [STRIP methode](#)
- [multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen](#)



Individueel zorgplan

Achtergrondinformatie

Wat

Het individueel zorgplan is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele waarden, wensen en behoeften en situatie van de patiënt. Deze afspraken komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het individueel zorgplan vormt de weerslag van het proces van proactieve zorgplanning.

Waarom

Borgen van continuïteit van zorg door het individueel zorgplan over te dragen/ beschikbaar te hebben voor de betrokken zorgverleners in eerstelijns, tweedelijns en VVT.



Begeleiding/monitoring patiënt en naasten

Wat

Regelmatige afstemming met patiënt/naasten over de behandeling.

Waarom

Om ervoor te zorgen dat de wensen van de patiënt worden gemonitord, dan wel het beleid daar op wordt afgestemd.



Overlijden en nazorg

Achtergrondinformatie

Wat

Aandacht schenken aan afsluiting/evaluatie van de geboden zorg.

Waarom

Vaak kent rouw voor nabestaanden een natuurlijk, ongecompliceerd verloop. Problematische (complexe) rouwverwerking daarentegen kan verstrekende gevolgen hebben en vraagt om aandacht, begeleiding of een (specifieke) interventie.

Hulpmiddelen

- [‘De wereld van verschil’](#) voor kinderen (hulpmiddel voor jonge gezinnen)
- www.ongeneeslijk.nl (wordt vervangen door: www.overpalliatievezorg.nl)
- Folder [‘Uw partner is overleden. Of uw kind. Of een goede vriend’](#)
- Folder [‘Een dierbare verliezen’](#)
- [Richtlijn rouw en vragenlijst](#)
- [LSV hulp en advies bij rouw en verlies](#)
- www.palvooru.nl

Surprise question

Achtergrondinformatie

Indien het antwoord op de surprise question – ‘Zou u verbaasd zijn als deze patiënt in de komende twaalf maanden komt te overlijden?’ – ontkennend is, dan wordt hiermee het stadium gemarkeerd waarin de situatie van de patiënt zich kan wijzigen door snelle achteruitgang. Het maken van goede afspraken en vooruitkijken krijgt nu nog meer prioriteit. De surprise question is iets anders dan een prognose en niet bedoeld als ‘harde voorspeller’ van het laatste levensjaar; het gaat er vooral om dat patiënten met behoefte aan palliatieve zorg tijdig worden herkend en dat zorgverleners betrokken bij één patiënt zich er met elkaar van bewust zijn dat ze gaan anticiperen op de zorg die komen gaat.



Achtergrondinformatie

PaTz, staat voor Palliatieve zorg thuis, is een methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren. Huisartsen en wijkverpleegkundigen komen zes keer per jaar bij elkaar om patiënten in de palliatieve fase in kaart te brengen, te bespreken en op te nemen in een palliatief zorgregister. Samen stellen ze een zorgplan op waarbij de wensen van de patiënt en zijn omgeving centraal staan. In de besprekingen staan tijdige zorg, deskundigheid ontwikkelen en elkaar steunen centraal. De PaTz-groep wordt begeleid door een inhoudelijk deskundige op het gebied van palliatieve zorg. Meer informatie over PaTz of het starten van een PaTz groep: www.patz.nu

NB. In de regio is een klein aantal PaTz groepen actief.

MDO

Achtergrondinformatie



- **MDO TOPZ**

Interne Spaarne Gasthuis MDO met het TOPZ (team bestaat uit: geriater, pijnarts, oncoloog, longarts, verpleegkundig specialist palliatieve zorg) en geestelijk verzorger van het Spaarne Gasthuis. Frequentie wekelijks. Doelgroep: patiënten die opgenomen zijn in het Spaarne Gasthuis.

- **Regionaal MDO**

MDO met aansluiting kaderhuisartsen palliatieve zorg, casemanagers en een gespecialiseerd verpleegkundige pz. Frequentie 1x per maand. Het regionaal MDO is in ontwikkeling.

Alle hulpmiddelen op een rij

- Palliatieve zorgkaart: <https://palliaweb.nl/netwerk-noordhollandzuid/zorg-in-de-regio>
 - Informatie voor verwijzers (pdf zorgkaart): <https://palliaweb.nl/netwerk-noordhollandzuid/zorg-in-de-regio/informatie-voor-verwijzers>
- Behandelwensengesprekken
 - Toolkit voor huisartsen via [HZK/ Zorggroep Haarlemmermeer](#)
 - Voor patiënten: Informatie Thuisarts: [wensen voor zorg en behandeling](#)
- Medicatiereview
 - richtlijn NHG [polyfarmacie bij ouderen](#)
 - methode [STRIP](#)
 - website Ephor [voorschrijfinstrumenten](#)
 - handreiking STOP-NL [criteria van potentieel ongeschikte medicijnen voor oudere patiënten](#)
- Markeren
 - [Surprise question](#)
 - <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/hulpmiddelen-markering-acp-eerste-lijn> <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/hulpmiddelen-markering-acp-tweede-lijn>
 - [Posters surprise question COPD en hartfalen](#)
 - <https://www.zorgvoorbeter.nl/palliatieve-zorg/wat-is-het/vier-fasen>
- Overlijden en nazorg
 - [‘De wereld van verschil’](#) voor kinderen (hulpmiddel voor jonge gezinnen)
 - www.ongeneeslijk.nl (wordt vervangen door: www.overpalliatievezorg.nl)
 - Folder [‘Uw partner is overleden. Of uw kind. Of een goede vriend’](#)
 - Folder [‘Een dierbare verliezen’](#)
 - [Richtlijn rouw en vragenlijst](#)
 - [LSV hulp en advies bij rouw en verlies](#)
 - www.palvoor.nl
- PaTz
 - www.patz.nu

RTA Palliatieve zorg

Tot stand gekomen met medewerking van:

Spaarne  Gasthuis



Zorggroep
Haarlemmermeer



 Amstelring



 Bardo

ZONH