Zorgverlener journey huidige proactieve zorgplanningsproces van de huisarts Marije

Dit is een uitwerking over de beleving van het proactieve zorgplanningsproces zoals dat in de huidige situatie ervaren wordt door de persona huisarts Marije.
Hierin zijn de pijnpunten die tijdens de zorgverlener journey aan het licht zijn gekomen opgenomen.
Dit zijn immers de punten waar de wensen met betrekking tot procesverbeteringen en/of informatiebehoefte zitten.
De uitwerking ziet er als volgt uit:

stichting pznl

nationaal programma palliatieve zorg II

Proces

- Signalering & verwerken melding
- Voorbereiden contact & voeren consult
- Diagnosticeren & uitvoeren (aanvullend) onderzoek
- Opstellen behandelplan & adviseren
- Behandelen & monitoring
- Overdragen & nazorg

Huisarts huisartsenpraktijk Marije huidige journey

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

EN
- Warm contact met medisch specialist om de casus/ beleid en overdracht patiënt te bespreken ter overname van de zorg

Afstemming met POH en/of verpleegkundig specialist huisartsenpraktijk en/of ziekenhuis en/of medisch specialist over behoefte proactieve zorgplanning*
EN
- Verzoek om afspraak met de patiënt te plannen voor proactief zorgplanningsgesprek

* bij transmurale zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Doorlezen patiëntendossier o.a. gemaakte afspraken over wensen, waarden en behoeften, uitslagen, zelfmetingen etc..
EN indien nodig
- Afstemming met de POH over VG patiënt

Consult inclusief voeren van een gesprek over proactieve zorgplanning
EN indien nodig:
- Verwijzen voor palliatief consult naar palliatief team in het ziekenhuis
- Inbrengen in de PaTz groep
- Afstemmen met kaderhuisarts palliatieve zorg

Registreren contactverslag inclusief proactieve zorgplanning

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

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

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*

* 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 behandeltraject
EN indien nodig:
- Verwijzen naar POH of verpleegkundig specialist huisartsenpraktijk
- Overdracht opstellen voor de HAP
- Voorbereiden op MDO/PaTz*

*soms ook vooraf delen van relevante informatie van het patiëntendossier

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

* bij transmurale zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Versturen MDO/PaTz verslag
OF bij deelname
- Ontvangen MDO/PaTz verslag

EN indien nodig
- Organiseren van netwerkzorg inclusief toewijzen van behandeltaken

Uitkomst MDO/PaTz samen met de patiënt bespreken/Gezamenlijke besluitvorming
EN
- Voorlichting & informatieverstrekking

EN
- Verwerken MDO/PaTz verslag in het patiëntendossier

Starten (medicamenteuze) behandeling

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

Bij spoedzorg huisbezoek en/of aanvragen ambulance en/of afstemming met medisch specialist in het ziekenhuis

Registreren medisch handelen inclusief aanpassen proactieve zorgplanning

Verzenden verwijzing naar:
- Ziekenhuis of SEH
- Hospice
- Verpleeghuis
- Instelling verstandelijke gehandicapten
- Wijkverpleegkundige

Ontvangen terugrapportage van de SEH

Informeren van alle betrokken zorgverleners over overlijden van de patiënt

Praktijkondersteuner huisartsenzorg Kate's Journey

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

Afstemming met de huisarts over behoefte proactieve zorgplanning van de patiënt

Consult/voeren van een gesprek over proactieve zorgplanning
EN indien nodig
- Afspraak plannen met de huisarts vervolggesprek over behandelgrenzen en/of wilsverklaring

Ontvangen verwijzing van de huisarts
EN
- Plannen afspraak met de patiënt voor consult/proactief zorgplanningsgesprek

Deelnemen MDO/PaTz overleg

Ontvangen MDO verslag
EN indien nodig
- Oppakken eigen behandeltaken

Verpleegkundig specialist huisartsenpraktijk Dai's Journey

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

Afstemming met de huisarts over behoefte proactieve zorgplanning van de patiënt

Ontvangen verwijzing van de huisarts
EN
- Plannen afspraak met de patiënt voor consult/proactief zorgplanningsgesprek

Deelnemen MDO/PaTz overleg

Ontvangen MDO verslag
EN indien nodig
- Oppakken eigen behandeltaken

Medisch specialist ziekenhuis Lian's Journey

Verzenden update specialistenbrief
OF
- Ontslagbrief over gestopte behandeling naar de huisarts

EN
- Warm contact met de huisarts om de casus/ beleid en overdracht patiënt te bespreken

Afstemming met de huisarts over behoefte proactieve zorgplanning van de patiënt*

* bij transmurale zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Ontvangen verwijzing van de huisarts voor aanvullend onderzoek*
EN
- Uitvoeren aanvullend onderzoek

EN
- Opstellen verslag (specialistenbrief)

*bij patiënten met een complex ziektebeeld heeft de medisch specialist vooraf aan de verwijzing warm contact met de huisarts

Informeren huisarts over onderzoeksresultaten met een specialistenbrief
EN indien nodig
- Starten behandeltraject ziekenhuis

Aanmelden klinisch patiënt voor MDO*
EN indien nodig
- Versturen uitnodiging naar de huisarts

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

Voorbereiden MDO inclusief vooraf delen van relevante informatie van het patiëntendossier

Bespreken patiëntcasus tijdens MDO overleg*, vaststellen behandelplan & taakverdeling, medicatiereview

* bij transmurale zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Opstellen en verzenden MDO verslag

Bij spoedzorg:
- Afstemming met de huisarts over beleid in een acute situatie

Bij spoedzorg:
- Ontvangen SEH verwijzing van de huisarts

Bij spoedzorg:
- Verzenden terugrapportage SEH naar de huisarts

Verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis Colin's Journey

(Waarneming) kantelmoment in ziektetraject bij de patiënt omdat de zorgbehoefte bij de patiënt verandert
EN
- Warme contact met de huisarts over behoefte proactieve zorgplanning van de patiënt

Ontvangen verwijzing voor palliatief consult van de huisarts of intern van de medisch specialist/verpleegkundige
EN
- Warm contact met de huisarts over VG patiënt

EN
- Voorbereiden proactief zorgplanningsgesprek met de patiënt in samenwerking met andere disciplines

Voeren van een proactief zorgplanningsgesprek met de patiënt in samenwerking met andere disciplines
EN
- Registreren en Opstellen verslag

Verzenden PZP brief naar de huisarts
EN
- Warm contact met de huisarts over beleid en overdracht patiënt

Aanmelden klinisch of poliklinisch patiënt voor MDO*
EN indien nodig
- Versturen uitnodiging naar de huisarts of POH

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

Voorbereiden MDO inclusief vooraf delen van relevante informatie van het patiëntendossier

Bespreken patiëntcasus tijdens MDO overleg*, vaststellen behandelplan & taakverdeling, medicatiereview

* bij transmurale zorg afstemmen wie de rol van regiebehandelaren hebben

Opstellen en delen MDO verslag

Doktersassistente huisartsenpraktijk Mysha's Journey

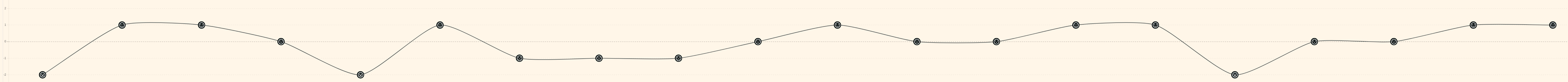
Telefonisch of fysiek contact/triage met de patiënt
OF
- Ontvangen & verwerken specialistenbrief bij update of ontslag

Uitvoeren intake o.a. inschrijving, identificatie en registratie patiënt
EN
- Opvragen patiëntendossier & urgentiebepaling

Plannen afspraak met huisarts
OF
- verpleegkundige specialist

OF
- POH

Emotional journey huisarts Marije



Pijnpunten Huisarts huisartsenpraktijk Marije

PP: Complexe trajecten blijven lang in het ziekenhuis lopen en de huisarts wordt tussentijds niet goed op de hoogte gehouden over de voortgang van het behandeltraject, soms één keer per jaar. De ontslagbrief wordt soms, zonder waarschuwing, 2 dagen voordat de patiënt weer onder behandeling van de huisarts komt ontvangen. Waardoor de huisarts pas in de laatste fase, de terminale fase, de patiënt overgedragen krijgt.

PP: Bij een crisis is het lastig om opvang te organiseren voor bijv. een kwetsbare oudere die na een val op de SEH terecht komt en vervolgens niet naar huis kan omdat die op dat moment niet meer voor zichzelf kan zorgen. Dan is er regelmatig niet direct juiste opvang voor deze patiënt te organiseren, omdat er geen beschikbare beddencapaciteit in de zorginstelling voor de juiste verzorging aanwezig is. Hierdoor moet er een beroep gedaan worden op het ziekenhuis en moet de patiënt na ontslag op de SEH opgenomen worden in het ziekenhuis.

PP: De flex/waarnemend huisarts kan geen lijst met palliatieve patiënten uitdraaien.

PP: De huisarts ontvangt alleen de specialistenbrief en niet de registratie van de verpleegkundig specialist over proactieve zorgplanning. Het ziekenhuis heeft veel meer informatie over al gevoerde PZP gesprekken met de patiënt, soms wel 4 pagina's conform PZP ZIS registratie, maar deze informatie ontvangt de huisarts niet. Hierdoor heeft de huisarts niet de actuele informatie over behandelwensen en behandelgrenzen.

PP: De huisarts vindt het soms moeilijk om het gesprek met de patiënt over proactieve zorgplanning te starten, zeker wanneer er geen duidelijke bewustwording is bij de patiënt dat de patiënt zich in de palliatieve fase bevindt.

PP: De medisch specialist staat in behandelstand en er wordt te lang doorbehandeld, terwijl de situatie eigenlijk al „niet meer beter worden" is. Hierdoor is het soms lastig als huisarts tijdig het gesprek te starten.

PP: De huisarts moet veel handmatige handelingen en dubbele registratie doen om relevante informatie over proactieve zorgplanning met andere betrokken zorgverleners te kunnen delen. Er is geen eenduidige plek in het huisartsinformatiesysteem voor de vastlegging van behandelwensen, behandelgrenzen, schriftelijke wilsverklaring, wilsbekwaamheid, (wettelijk) vertegenwoordiger, contactpersoon. Hierdoor zijn betrokken zorgverleners soms niet goed op de hoogte over de gemaakte afspraken met de patiënt.

PP: Om relevante informatie over PZP vast te leggen voor eigen dossiervoering van de huisartsenpraktijk moet de huisarts de gemaakte afspraken op meerdere plekken registreren: in het HIS als ICPC A20 gesprek levenseinde/behandelwensen inclusief aanpassen titel met afkorting gemaakte afspraken voor het delen van behandelgrenzen in de spoedzorgketen in het HIS onder PZP/ gestructureerde behandelgrenzenwanneer het HIS geen gestructureerde PZP heeft dan in VIPLive met vervolgens versturen naar het HIS postvak IN en handmatig verwerken in het HIS Schriftelijke wilsverklaring als correspondentie koppelen aan het patiëntendossier

PP: De PZP registratie volgens het PZP formulier geeft niet voldoende flexibiliteit om de PZP registratie van het gevoerde gesprek met de patiënt goed vast te leggen. Er is geen plek om palliatieve sedatie en/of wilsverklaring vast te leggen. Bij gezonde oudere mensen is gewenste plek van overlijden nog niet aan de orde, het is dan relevant om de sociale kaart goed in beeld te brengen, weet wie er in het netwerk betrokken is bij de patiënt.

PP: Het is lastig om bij een verwijzing naar de medisch specialist voor aanvullend onderzoek te bepalen of de behandelwensen en behandelgrenzen relevant zijn om al te delen. De huisarts wil de hoeveelheid informatie in een verwijzing beperken en maakt zelf selectie van relevante episodes en journaalregels die mee gaan in de verwijzing. Hierdoor worden de behandelwensen, behandelgrenzen en wilsverklaring vaak niet meegestuurd.

PP: Er is soms geen gezamenlijke besluitvorming over behandelopties voor de patiënt tussen 1e en 2e lijn, waardoor bepaalde afspraken/wensen van de patiënt niet opgevolgd worden. Hierdoor kan het zijn dat er toch met een behandeling in het ziekenhuis wordt gestart waarvan de patiënt bij de huisarts heeft aangegeven dat niet meer wenst.

PP: De huisarts wordt niet betrokken bij het MDO in het ziekenhuis. Hierdoor worden de inzichten en de laatste stand vanuit de huisarts niet meegenomen in het vaststellen van de behandelopties en het behandelbeleid.

PP: De huisarts heeft het reguliere moment van het MDO-ziekenhuis niet in zijn agenda staan en is regelmatig verhinderd op het geplande tijdstip waardoor de huisarts niet kan deelnemen.

PP: Er is geen regulier PaTz overleg waardoor er weinig afstemming is tussen huisarts, wijkverpleging, geestelijk verzorger, paramedici. Daardoor is het lastig om met alle betrokken zorg- /hulpverleners de zorg rondom de patiënt te organiseren.

PP: Het is lastig om andere zorgverleners in het zorgnetwerk op een laagdrempelige, snelle manier te vinden en te bereiken.

PP: De huisarts moet voor de verwerking van het MDO, het MDO verslag overtypen in het huisartsinformatiesysteem en de besproken behandeltaken via een verwijzing versturen naar andere betrokken zorgverleners.

PP: De huisarts ontvangt een mail met het formulier voor een uitvoeringsverzoek voor het aanpassen van medicatie (bv. verhogen van de morfine) van de wijkverpleging. Het formulier moet geprint, ingevuld en gescand worden om vervolgens teruggestuurd te kunnen worden naar de wijkverpleging. Pas na het ontvangen van het formulier kan de wijkverpleging de medicatie aanpassen (morfine verhogen). Het is lastig om de nummers van de wijkverpleegkundige te achterhalen. De huisarts heeft soms een centraal nummer maar dat duurt soms wel 15 min voordat de huisarts iemand te pakken krijgt.

PP: De huisarts weet niet of de wijkverpleegkundige nog bij de patiënt is geweest en hoe de nacht is verlopen. Hierdoor worden de inzichten en de laatste stand vanuit de wijkverpleging niet meegenomen in het vaststellen van het behandelbeleid.

PP: Door de versnippering van kleine thuiszorgaanbieders zijn er geen samenwerkingsafspraken of worden niet goed nageleefd. Het is soms niet bekend wie de contactpersoon is en hoe die te bereiken is in acute situaties. Dit bemoeilijkt de begeleiding en monitoring.

PP: De verpleegkundig specialist heeft geen inzage in uitslagen, zoals bloeduitslagen, waardoor niet direct met een behandeling gestart of gestopt kan worden.

PP: De huisarts kan de met de patiënt gemaakte en vastgelegde afspraken over proactieve zorgplanning niet digitaal delen met de wijkverpleegkundige. De huisarts draagt relevante informatie telefonisch of via chat app over aan de wijkverpleegkundige, waardoor er soms relevante informatie vergeten wordt of verloren gaat. De wijkverpleegkundige moet belangrijke informatie die via de chat app gedeeld wordt overtypen in het eigen registratie systeem, want na 30 dagen wordt de chat verwijderd.

Wensen Huisarts huisartsenpraktijk Marije

Wens: Als huisarts wil ik, op het moment dat de behandelwensen en/of behandelgrenzen wijzigingen of dat er nieuwe afspraken in het ziekenhuis samen met de patiënt worden besproken en vastgelegd, daarover door het ziekenhuis geïnformeerd worden. Zodat ik geïnformeerd de zorg voor de patiënt kan voortzetten of van het ziekenhuis overnemen.

Wens: Als huisarts wil ik de specialistenbrief van het ziekenhuis direct op het moment dat het duidelijk is dat de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen ontvangen. Zodat ik voorbereidingen kan treffen om de patiënt goed op te vangen en de zodat ik de continuïteit van zorg aan de patiënt kan waarborgen.

Wens: Als huisarts wil ik een digitaal-gestructureerde rapportage van de SEH direct na ontslag ontvangen, zodat ik geïnformeerd ben dat de patiënt op de SEH is geweest en goede nazorg kan leveren.

Wens: Als huisarts wil ik dat de medisch specialist een warme overdracht doet wanneer een patiënt wordt terugverwezen naar de eerste lijn en verdere behandeling niet meer mogelijk is, zodat ik snel en goed geïnformeerd de best mogelijke zorg kan blijven bieden.

Wens: Als huisarts wil ik één gebundelde ontslagbrief ontvangen waarin behandeldoelen en behandelbeleid vanuit verschillende betrokkendisciplines uit het ziekenhuis harmonieus op elkaar zijn afgestemd. Zodat ik weet welk vervolgbehandelbeleid ik kan inzetten en dat er tegenstrijdigheden in het vervolgbehandelbeleid worden voorkomen.

Wens: Als huisarts wil ik vooraf aan het consult informatie verstrekken en/of een vragenlijst naar de patiënt kunnen sturen, zodat de patiënt zich goed kan voorbereiden op het consult en alvast kan nadenken over wensen over de laatste levensfase o.a. wensverklaring laatste levensfase, euthanasie, behandelgrenzen, wilsverklaring, palliatieve sedatie etc....

Wens: Als huisarts wil ik op het juiste moment inzage hebben in de voor de zorgvraag relevante informatie over de patiënt — zoals medische voorgeschiedenis, behandelwensen en -grenzen, en actuele medicatiegegevens —inclusief relevante informatie van andere betrokken zorgverleners. Daarbij wil ik zelf kunnen bepalen welke informatie op dat moment nodig is, zodat ik goede en passende zorg kan verlenen.

Wens: Als huisarts wil ik een eenduidige, digitale oplossing binnen het huisartsinformatiesysteem waar ik alle relevante informatie over proactieve zorgplanning zoals behandelwensen, behandelgrenzen, schriftelijke wilsverklaring, wilsbekwaamheid, (wettelijk) vertegenwoordiger en contactpersoon eenvoudig vast kan leggen. Zodat ik deze informatie digitaal gestructureerd met alle betrokken zorgverleners kan delen en zorgverleners altijd goed geïnformeerd zijn over de gemaakte afspraken met de patiënt.

Wens: Als huisarts wil ik dat betrokken zorgverleners de behandelwensen en behandelgrenzen van een patiënt bij mij kunnen inzien, zodat bij het bepalen van het behandelbeleid, de gemaakte afspraken over behandelwensen en behandelgrenzen meengenomen worden.

Wens: Als huisarts wil ik afspraken over een structurele samenwerking en gezamenlijke besluitvorming tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg, waarbij behandelopties voor de patiënt altijd in overleg worden besproken voor patiënten met complexe zorgbehoefte/palliatieve zorg. Zodat de wensen, behandelgrenzen en afspraken van de patiënt, zoals aangegeven bij de huisarts, worden opgevolgd, waardoor ongewilde behandelingen in het ziekenhuis worden voorkomen.

Wens: Als huisarts wil ik actief betrokken worden bij een MDO in het ziekenhuis voor mijn patiënten, zodat de inzichten en de laatste stand van zaken vanuit de huisarts meegenomen kunnen worden in het vaststellen van de behandelopties en het behandelbeleid.

Wens: Als huisarts wil ik een structureel MDO/PaTz-overleg, waarin huisartsen, wijkverpleging, geestelijk verzorgers en paramedici patiënt casussen bespreken, zodat we gezamenlijk de zorg rondom de patiënt optimaal met elkaar kunnen afstemmen en organiseren.

Wens: Als huisarts wil ik beschikken over een actueel overzicht van contactgegevens van alle betrokken in het zorgnetwerk, zodat ik (bij complexe problematiek/spoedsituaties) snel weet wie betrokken moet worden en hoe ik hen kan bereiken voor afstemming over de zorgverlening aan de patiënt

Wens: Als huisarts wil ik het MDO direct registreren in het eigen huisartsinformatiesysteem en vanuit het eigen huisartsinformatiesysteem als MDO verslag digitaal gestructureerd kunnen versturen, zodat ik deze informatie met alle betrokken zorgverleners kan delen en zorgverleners altijd goed geïnformeerd zijn over de gemaakte afspraken.

Wens: Als huisarts wil ik geïnformeerd worden over, dat de patiënt na behandeling op de SEH in het ziekenhuis is opgenomen, zodat ik volledig op de hoogte ben van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Wens: Als huisarts wil ik dat de SEH, ambulancezorgprofessional en de meldkamer de behandelgrenzen van een patiënt in een acute situatie kan opvragen, zodat bij het bepalen van de vervolgzorg en het in te zetten beleid, de gemaakte afspraken over behandelgrenzen meegenomen worden.

Wens: Als huisarts wil ik inzicht hebben in beschikbare capaciteit van de thuiszorg, zodat ik snel passende zorg kan regelen voor de patiënt.

Pijnpunten Medisch specialist ziekenhuis Lian

PP: Er is geen standaard procedure om de huisarts erbij te betrekken voordat de patiënt naar huis gaat. Dit leidt tot onduidelijkheid bij ANW-uren en waarnemers.

PP: Na ontslag doet iedere discipline zijn eigen overdracht; huisarts krijgt per discipline een ontslagbrief, de thuiszorg krijgt enkel een verpleegkundige overdracht. Informatie over niet-insturen beleid, medicatie en afspraken over de disciplines heen is niet altijd duidelijk of ontbreekt.

PP: Er zijn onduidelijkheden over hoe vaak en welke informatie gedeeld moet worden vanuit het ziekenhuis met de huisartsenpraktijk, waardoor er kans is op ruis of juist een gebrek aan essentiële informatie.

PP: Een reden van de vertraging van het versturen van de specialistenbrief kan komen door de stap 'accorderen'/versturen brieven.

PP: Het ziekenhuis krijgt bijna nooit de besproken behandelwensen en behandelgrenzen in de verwijzing van de huisarts mee. Hierdoor wordt de patiënt weer helemaal opnieuw bevraagd over zijn wensen, behoeften en waarden.

PP: Bij complexe patiënten zijn soms wel zes specialismen en 1e lijns zorgverleners betrokken. Het is dan vaak onduidelijk wie de regie heeft en het voortouw neemt in afstemming van het organiseren van de palliatieve zorg en het afstemmen van de beste behandelopties voor de patiënt.

PP: Voorbereiding MDO is een tijdrovend proces en is lastig te coördineren en vereist veel onderling bellen omdat je niet weet wie allemaal betrokken is in het zorgnetwerk van de patiënt.

PP: In acute situaties zijn behandelgrenzen (bijv. gewenste plaats overlijden, geen vervoer naar het ziekenhuis, geen opname IC, niet reanimeren etc..) niet voorhanden.

Pijnpunt verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis Colin

PP: De verpleegkundig specialist palliatieve zorg ontvangt een verwijzing van de medisch specialist voor palliatief consult en merkt dat er gedurende het behandeltraject in het ziekenhuis nog nooit contact is geweest met de huisarts over de VG van de patiënt. In de voorafgaande verwijzing van de huisarts staat geen extra informatie over afspraken die al met de patiënt gemaakt zijn t.a.v. behandelwensen en behandelgrenzen. Hierdoor weet de verpleegkundig specialist niet of er al afspraken met de patiënt gemaakt zijn en welke afspraken dat zijn. De verpleegkundig specialist neemt hiervoor contact op met de huisarts, maar dat kost soms veel wachttijd voordat de verpleegkundige de huisarts aan de telefoon krijgt.

PP: De verpleegkundig specialist palliatieve zorg weet niet goed of de (behandel)wensen en behandelgrenzen actueel zijn of dat er nieuwe PZP gesprekken zijn gevoerd. Het is lastig om te doorgronden of alle relevante informatie goed in beeld is ter voorbereiding op het voeren van een PZP gesprek met de patiënt.

PP: Zorgverleners hebben moeite met de surprise question omdat het een soort stempel geeft aan een patiënt.

PP: Het ziekenhuisinformatiesysteem heeft geen standaard content voor PZP registratie. Elke verpleegkundige werkt met een eigen opzet in vrije tekst veld onder beloop met opsplitsing van de 4 dimensies Lichamelijk, Sociaal, Psychisch, Spiritueel en daarnaast algemene gegevens zoals inventarisatie problematiek, symptoomanalyse, levensverwachting, gewenste plaats van overlijden. Dit is geen gestructureerde informatie en kan daardoor niet makkelijk met andere zorgverleners buiten het ziekenhuis gedeeld worden.

PP: De verpleegkundige specialist palliatieve zorg kan de verpleegkundige brief voor de overdracht niet ook doorzetten naar de wijkverpleging. Hierdoor is de wijkverpleging op het moment dat de patiënt tijdens een ziekenhuisbehandeling ook thuiszorg nodig heeft, niet geïnformeerd over de actuele PZP afspraken o.a. welk beleid moet er opgevolgd worden in een acute situatie bv niet insturen naar het ziekenhuis bij vochtophoping in de buikholte.

Ziekenhuis

Wens: Als medisch specialist wil ik dat alle betrokken disciplines van het ziekenhuis één gebundelde ontslagbrief opstellen waarin de behandeldoelen en het behandelbeleid harmonieus op elkaar is afgestemd. Zodat het behandelbeleid effectief, efficiënt en goed op elkaar kan worden afgestemd en wat de opvolging door andere zorgverleners vergemakkelijkt en voorkomt dat er tegenstrijdigheden in het behandelbeleid ontstaan.

Wens: Als verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis wil ik de mogelijkheid hebben om de verpleegkundige overdracht naar de wijkverpleging door te zetten. Zodat deze tijdig geïnformeerd is over de actuele PZP-afspraken en het behandelbeleid, zoals het beleid in acute situatie en daardoor de zorg op een consistente en goed afgestemde manier kan voortzetten.