

Kaderafspraken Palliatieve Zorg



Transformatieteam
Palliatieve zorg

Drenthe Steenwijkerland



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Kaderafspraken	6
1 Kernteams	6
2 Specialisten PZ	9
3 Sociaal Domein	10
4 Acute zorg	11
5 Wijkverpleging	12
6 Specifieke doelgroepen	13
7 Hospicezorg	14
8 Vrijwilligers	15
9 Farmacie	16
Begrippenlijst	17

Inleiding

De in dit document opgenomen kaders bevatten de gezamenlijke afspraken die binnen de zorginhoudelijke werkgroepen zijn gemaakt als onderdeel van [de transformatie palliatieve zorg en ACP in Drenthe & Steenwijkerland](#). Ze beschrijven de gezamenlijke afspraken die de werkgroepen hebben ontwikkeld om de samenwerking rondom de palliatieve persoon en diens naaste(n) in Drenthe & Steenwijkerland te versterken en te verduurzamen.

Het transformatieplan heeft als doel dat in 2030 iedere inwoner van Drenthe en Steenwijkerland kan rekenen op kwalitatief goede, transmuraal georganiseerde en proactieve palliatieve zorg, gebaseerd op de vier kernelementen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg:

- Markering van de palliatieve fase
- Proactieve zorgplanning (PZP/ACP)
- Transmurale coördinatie en continuïteit
- Ondersteuning bij complexe casuïstiek

De in dit bestand vastgelegde kaders bieden richting aan alle betrokken partijen – van zorg- en welzijnsorganisaties tot informele zorg – bij het vormgeven van de samenwerking. Ze dienen als basis voor de verdere vertaling naar concrete werkafspraken in de sub-regio's en de implementatie in de praktijk.

Bij het beschrijven van de kaderafspraken zijn enkele bewuste keuzes gemaakt:

- In lijn met de visie van de transformatie spreken we bewust over de palliatieve persoon of persoon, en niet over . Daarmee benadrukken we dat het uitgangspunt de mens in zijn geheel is – met aandacht voor lichamelijke, psychische, sociale en spirituele dimensies.
- Voor proactieve zorgplanning is gekozen om PZP/ACP toe te voegen omdat binnen Drenthe & Steenwijkerland de term ACP (Advance Care Planning) breed bekend en ingebed is in de praktijk. Landelijk wordt echter de term PZP gebruikt. Om herkenbaarheid én aansluiting met de landelijke terminologie te behouden, hanteren wij in deze documenten de gecombineerde benaming PZP/ACP.
- De terminologie sluit verder, waar mogelijk, aan bij het [kwaliteitskader palliatieve zorg](#) (URL). Zo wordt in dit document bijvoorbeeld gesproken over hoofdbehandelaar in plaats van regiebehandelaar. Ter ondersteuning van een eenduidig gebruik van begrippen is achter in dit document een begrippenlijst opgenomen, waarin de belangrijkste termen worden toegelicht.
- Daar waar inhoudelijk relevant zijn de kaderafspraken geordend volgens de vier bovengenoemde kernelementen van het kwaliteitskader. Dit maakt de samenhang zichtbaar en vergemakkelijkt de verbinding tussen de regionale kaders, de sub-regionale afspraken en de implementatie in de praktijk.

In dit document zijn de belangrijkste kaderafspraken samengebracht. Per werkgroep is daarnaast een apart document beschikbaar met de detailuitwerking van de kaders, inclusief geïdentificeerde obstakels, aandachtspunten en vervolgacties voor de komende periode.

De kaderafspraken zijn tot stand gekomen in nauwe afstemming met de deelnemers van de werkgroepen, de projectleiders implementatie, het programmamanagementteam en zijn vastgesteld door de Stuurgroep Palliatieve Zorg & ACP Drenthe–Steenwijkerland. Samen zorgen deze afspraken voor een eenduidige werkwijze in de regio, met ruimte voor sub-regionale invulling waar dat nodig is.

De kaders zijn bedoeld als levend document: zij bieden stabiliteit en houvast voor de uitvoering, maar kunnen – waar de praktijk daarom vraagt – in de loop van de transformatie verder worden doorontwikkeld. Deze doorontwikkeling gebeurt zorgvuldig, op basis van gezamenlijke evaluatie en besluitvorming, zodat wijzigingen bijdragen aan de kwaliteit en continuïteit van de samenwerking. Deze kaderafspraken vormen daarmee een belangrijk instrument om de ambitie van de transformatie – de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste professional, op het juiste moment, met de juiste ondersteuning – in de praktijk te brengen en te borgen.

Kaderafspraken

1 Kernteams

Signaleren

1.1 Iedereen (mens zelf, naasten, vrijwilligers en professionals) kan signaleren dat een persoon palliatief (mogelijk in het laatste levensjaar) is of sterk achteruitgaat. (Zie: [Signaleringsfolder](#))

1.2 De keten van het doorgeven van het signaal is sluitend. Signalen worden serieus genomen en opgepakt, ook als ze niet medisch zijn.

Markeren

1.3 [ACP-stappenplan](#) is het uitgangspunt voor het proces van de markering van de palliatieve fase en de doelgroep waarvoor dit van toepassing is.

1.4 Het doel van markeren is een concreet moment waarop vastgesteld wordt dat PZP/ACP in het kader van palliatieve zorg (in ieder geval) nodig is en de persoon als palliatief persoon gevolgd moet worden.

1.5 De behandelend arts is verantwoordelijk voor de markering van de palliatieve fase (huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, VS, PA) en voert het markeringsgesprek (slecht nieuwsgesprek) met de palliatieve persoon.

1.6 In de regel wordt na het markeringsgesprek de regie overgedragen aan de huisarts die vanaf dat moment hoofdbehandelaar palliatieve zorg (PZ) is. Daarom is het bij markering in de tweede lijn belangrijk een warme overdracht, met aandacht voor contextuele informatie (incl. de vier dimensies als bekend), naar de eerste lijn te doen.

1.7 Markering van de palliatieve fase wordt vastgelegd in de systemen (in elk geval in het HIS onder A69.01) en moet zichtbaar zijn voor alle betrokken zorgverleners.

Proactieve zorgplanning (PZP/ACP)

1.8 Proactieve zorgplanning bestaat uit het voeren van (behandelwens)gesprekken op de vier dimensies met de palliatieve persoon en diens naasten, en dit vastleggen in het ACP-plan in VIPLive. Dit is een dynamisch proces waarbij wordt aangesloten bij de behoefte van de palliatieve persoon.

1.9 De palliatieve persoon is eigenaar van diens eigen ACP-plan. Tot digitale toegankelijkheid voor de palliatieve persoon en alle betrokken zorgverleners is gerealiseerd wordt het ACP-plan geprint meegegeven aan de palliatieve persoon en op papier gedeeld met betrokken zorgverleners.

1.10 De palliatieve zorg verpleegkundige heeft binnen de huisartsenpraktijk een (gevraagde en ongevraagde) meekijkfunctie.

1.11 De hoofdbehandelaar PZ doet een medicatiereview in samenspraak met de apotheker en eventuele andere betrokken behandelaren.

Transmurale coördinatie & continuïteit

1.12 Transmurale coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg start direct na het markeringsgesprek, zodra geconstateerd is dat een persoon palliatief is.

1.13 Een palliatief persoon heeft een centrale zorgverlener die eerste aanspreekpunt is en de zorg rondom de palliatieve persoon coördineert. Dit kan de hoofdbehandelaar PZ zelf zijn of deze delegeert de rol aan een andere zorgverlener (POH, wijkverpleegkundige, VS, PA).

1.14 Wie hoofdbehandelaar PZ en centrale zorgverlener zijn wordt altijd expliciet vastgelegd en is inzichtelijk voor alle betrokken zorgverleners zodat de verantwoordelijkheden helder zijn.

1.15 Wanneer er sprake is van overdracht vanuit het ziekenhuis naar de huisarts wordt besproken of het ziekenhuis de zorg geheel loslaat of dat er, indien gewenst, contact blijft tussen een zorgverlener in het ziekenhuis en de palliatieve persoon.

1.16 Wanneer een palliatief persoon in zowel de eerste als in de tweede lijn wordt gezien en behandeld is er een korte lijn tussen de betrokken zorgverleners en houden zij elkaar actief op de hoogte, bijvoorbeeld bij signalering van (versnelde) achteruitgang of complicaties.

Kernteam (MDO)

1.17 Het kernteam is de basis voor integrale zorg in de huisartsenpraktijk en daarom is het belangrijk dat personen in de palliatieve fase in beeld zijn binnen het kernteam.

1.18 Het kernteam bestaat uit een afvaardiging van zorgverleners op basis van expertise, die in complexe situaties overleggen over de zorg voor palliatieve personen.

1.19 Een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige ofwel palliatieve zorg verpleegkundige (PZVP) is op afroep onderdeel van het kernteam bij het bespreken van (mogelijk) palliatieve personen en kwetsbare ouderen. Zo wordt expertise op het gebied van palliatieve zorg binnen het kernteam geborgd.

1.20 De PZVP is binnen het kernteam verantwoordelijk voor het aanhaken van geestelijke verzorgers en vrijwilligers palliatieve zorg.

1.21 De PZVP is binnen het kernteam verantwoordelijk voor het aankaarten van mogelijke overbelasting van mantelzorgers.

1.22 De kernteams voeren MDO op het gebied van palliatieve zorg volgens de PaTz-methodiek.

1.23 Er is een coördinator kernteam (CK) die in beeld heeft welke personen er in de palliatieve fase zijn en inventariseert wie er tijdens het MDO besproken moeten worden. De CK is verantwoordelijk voor de incidentele uitnodigingen van relevante professionals (zoals apotheker) t.b.v. het bespreken van een specifieke casus. Alle leden van het kernteam kunnen de CK vragen om een palliatief persoon op de agenda van een kernteam te zetten, namens zichzelf of iemand van de eigen achterban.

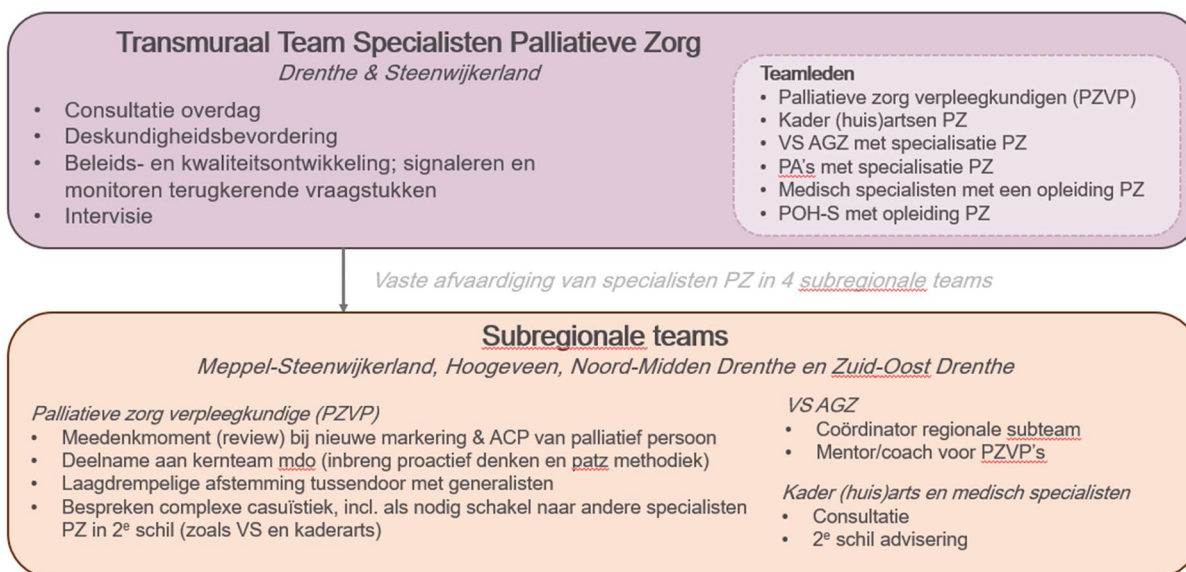
1.24 In VIPLive wordt opgenomen wie de hoofdbehandelaar PZ en centrale zorgverlener zijn, evenals de contactgegevens en verantwoordelijkheden van andere betrokken zorgverleners. De 2^e lijn heeft inzicht via Zorgviewer. In de toekomst is het gewenst dat alle betrokken zorgverleners kunnen inzien én bijdragen.

1.25 Er is voor- en nabespreking met de palliatieve persoon en naaste. In de voorbespreking wordt expliciet gevraagd naar eigen vragen en verwachtingen richting het kernteam. Na afloop worden de palliatieve persoon en naaste geïnformeerd over de uitkomsten en de afspraken die er over opvolging zijn gemaakt. De palliatieve persoon moet expliciet toestemming geven (schriftelijk of mondeling) voor bespreking van diens casus in het MDO.

1.26 Het kernteam is ook een plek om signalen en morele dilemma's te bespreken; waar nodig wordt dit ingebracht in een (extra georganiseerd) reflectiegesprek of moreel beraad.

2 Specialisten PZ

1. De specialisten palliatieve zorg vormen één transmuraal samenwerkend team Drenthe & Steenwijkerland met vier subregio's waarin transmuraal wordt samengewerkt met de generalisten. Dit betekent dat de specialisten PZ ook tijd besteden buiten de muren van de eigen organisatie aan palliatieve personen in zorg bij andere zorgverleners.
2. De sub-regionale teams werken samen tijdens kantoortijden. De consultatiefunctie in ANW blijft georganiseerd zoals het nu is, tot dit landelijk of bovenregionaal anders georganiseerd wordt.
3. Ruwe inschatting van de benodigde capaciteit specialisten PZ is:
 - Kaderartsen PZ: 8 (2 per subregio), 4-8 uur p/w per persoon
 - VS PZ: 8 (2 per subregio), 20 uur p/w per persoon
 - Verpleegkundigen palliatieve zorg (VP PZ): 47, 8 uur p/w per persoon.
4. Het aantal specialisten PZ moet aankomende jaren uitgebreid worden door aankomende pensioneringen en betere positionering en aanvullende taken voor de specialisten PZ.
5. Bereikbaarheid van de specialisten wordt in D&S centraal geregeld.



3 Sociaal Domein

Algemeen

3.1 Gemeenten bevorderen bewustwording van inwoners over het belang van in gesprek gaan over de laatste levensfase. Zij ondersteunen de communicatie van het Transformatieteam richting inwoners en faciliteren minimaal 4 bijeenkomsten tijdens de Transformatie periode.

3.2 Bijscholing van vrijwilligers in de terminale zorg wordt gefinancierd in iedere gemeente. Acanthis (Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg) heeft de opdracht dit te realiseren in Drenthe. Terminale Thuishulp Steenwijk realiseert dit in Steenwijkerland.

3.3 Palliatieve zorg is een vast onderdeel op de sociale kaart. Een sociale kaart is een overzicht van alle voorzieningen, organisaties en hulpinstanties binnen een gemeente of regio die ondersteuning bieden op het gebied van zorg, welzijn en participatie. Het doel is om inwoners, professionals en vrijwilligers snel inzicht te geven in waar zij terecht kunnen voor hulp of activiteiten.

Signaleren en markeren

3.4 Gemeentemedewerkers, huishoudelijk medewerkers, sociaal werkers en welzijnsvrijwilligers signaleren gezondheidsachteruitgang bij mogelijk palliatieve inwoners en melden dit aan de huisartspraktijk of wijkverpleegkundigen; huishoudelijk medewerkers en vrijwilligers melden via coördinator melden aan de huisartsenpraktijk.

Proactieve zorgplanning

3.5 Sociaal werkers participeren in de kernteams bij huisartspraktijken.

Transmurale coördinatie en continuïteit

3.6 WMO- consulenten en sociaal werkers zijn getraind in PZ en de aandachtsfunctionarissen hebben een verdiepende training gevolgd.

3.7 WMO-consulenten en sociaalwerkers werken multidisciplinair rond palliatieve inwoners.

3.8 Het is duidelijk welke vrijwilligers ingezet kunnen worden in palliatieve fase. Welzijn- en vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg organisaties in Drenthe en Steenwijkerland stellen per gemeente samenwerkingsafspraken op.

4 Acute zorg

Signaleren en markeren

4.1 SEH, medisch specialist en HASP hebben een signalerende functie en geven een signaal naar de hoofdbehandelaar. Als de hoofdbehandelaar niet bekend is, dan gaat het signaal naar de huisarts (dit om een nieuwe acute situatie te voorkomen).

Proactieve zorgplanning

4.2 De palliatieve persoon en naasten zijn geïnformeerd over hoe te handelen bij acute vragen/paniek en bij overlijden. De hoofdbehandelaar bespreekt de (on-) mogelijkheden van zorg in de acute situatie.

Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg

4.3 ACP-plan kan door iedere zorgverlener digitaal worden ingezien. Tusseloplossing totdat digitale uitwisseling mogelijk is: ACP-plan op papier aanwezig bij de palliatieve persoon thuis.

4.4 Huisartsen, wijkverpleging, ziekenhuizen, meldkamer en ambulance zijn van elkaar op de hoogte wat er mogelijk is bij acute situaties en handelen hiernaar.

Ondersteuning complexe casuïstiek

4.5 SEH en HASP* schakelen, bij de (complexe) palliatieve persoon, met het intern/transmuraal palliatief consultteam om samen proactief af te stemmen wat er nodig is.

**Daar waar mogelijk.*

5 Wijkverpleging

Signaleren en markeren (S&M)

5.1 Vroegtijdige signalering van de palliatieve fase of sterke achteruitgang is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen - formeel en informeel- rondom de palliatieve persoon. Iedereen van het wijkteam draagt hieraan bij vanuit eigen expertise. De wijkverpleging zorgt dat deze signalen terecht komen de behandelaar, en stemt actief af vanuit professioneel eigenaarschap en autonomie.

Proactieve zorgplanning (PZP)

5.2 Vroegtijdige afstemming in de palliatieve fase is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis, huisarts, wijkverpleging, sociaal werkers, WMO-consulenten en andere eerstelijnsprofessionals. Deze afstemming vindt plaats vóór formele zorginzet, bij aanvang van ondersteuning en bij veranderingen in zorgvraag en behoeften, zodat zorg niet pas start bij crisis, maar vanuit gezamenlijke regie. Wijkteams zijn hierin flexibel en werken proactief samen in de planning en organisatie van zorgondersteuning.

5.3 De palliatieve persoon heeft één centrale zorgverlener die formeel eerste aanspreekpunt is en de coördinatie van zorg borgt. Deze kan de hoofdbehandelaar PZ zelf zijn of de rol wordt gedelegeerd aan een andere bevoegde zorgverlener (bijvoorbeeld POH, VS/PA of wijkverpleging).

Transmurale coördinatie en continuïteit (TCC)

5.4 De overgang van palliatieve zorg tussen organisaties en/of verwijzers verloopt conform de richtlijn proactieve zorgplanning via warme overdracht. De wijkverpleging gebruikt deze informatie om een passende inschatting te maken van zorgbehoefte en tijdsinzet. Contactinformatie van behandelaars is opgenomen voor directe afstemming.

5.5. Verwijzers en palliatieve personen en hun naasten kunnen erop rekenen dat wijkzorgorganisaties hun beschikbare capaciteit en inzetbaarheid voor palliatieve zorg zodanig beschikbaar stellen dat verwijzers en personen bij een aanvraag zo snel mogelijk weten waar de palliatieve persoon terecht kan. Dit wordt uitgewerkt in (sub-regionale) werkafspraken, waarbij aangesloten wordt bij de landelijke- en regionale ontwikkelingen over inzetten van zorg door de wijkzorg en de inkoopafspraken wijkgericht werken.

Ondersteuning complexe casuïstiek (OCC)

5.6 De wijkverpleging handelt in overeenstemming met de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) en weet bij vragen over palliatieve zorg buiten de eigen expertise wie te consulteren binnen het professioneel netwerk in de (sub) regio.

6 Specifieke doelgroepen

6.1 Voor de specifieke doelgroepen gelden de kaderafspraken zoals ze gemaakt zijn in de overige werkgroepen.

6.2 Voor iedere persoon in de palliatieve fase geldt: heb goed aandacht voor 'begrijpen' (taal, cultuur) en 'beslissen' (wilsbekwaamheid).

6.3 Dit is uitgewerkt in een algemene gedragscode, met vervolgens een verdieping van aandachtspunten per specifieke doelgroep.

6.4 We stimuleren het laagdrempelig raadplegen van informatie en het inzetten van expertise over de specifieke doelgroepen. Dit ondersteunen we met een 'tool kit', waarbij we uitgaan van wat er al is, en eventueel aanvullen wat ontbreekt (levend document).

6.5 Voor de overgang 18-/18+ lopen op landelijk niveau verschillende initiatieven, hier sluiten we bij aan.

6.6 Voor wilsbekwaamheid volgen we het juridisch kader (Nederlandse wetgeving).

7 Hospicezorg

Algemeen

7.1 De benodigde uitbreiding van hospicecapaciteit tot 2030 is vastgesteld op basis van het prognosemodel dat in samenwerking met bureau HMM is ontwikkeld. Voor de regio Drenthe-Steenwijkerland wordt een uitbreiding van 11 tot 15 hospicebedden verwacht.

Proactieve zorgplanning

7.2 Hospices vervullen een signalerende rol ten aanzien van het ACP-plan bij aangemelde palliatieve personen en geven verbeterpunten in het palliatieve zorgproces voorafgaand aan opname structureel terug aan verwijzers, met het doel een regionaal lerend effect te creëren en de kwaliteit van palliatieve zorg en proactieve zorgplanning te versterken.

Transmurale coördinatie

7.3 In de regio is bij het CTV in Point inzicht in de beschikbare bedden binnen de hospices en de VVT-organisaties. Organisaties maken in Point hun expertise kenbaar en welke zorg zij kunnen bieden. Voor verwijzers, palliatieve personen en hun naasten is helder waar zij voor kiezen en wat zij kunnen verwachten.

Ondersteuning complexe casuïstiek

7.4 Zorgverleners en vrijwilligers die, zowel in hospice, palliatieve unit of ELV-palliatief, rondom een palliatief persoon zorg leveren hebben minimaal de basisscholing palliatieve zorg (met inhoud zoals vastgesteld door de netwerken) gevolgd en (op afroep) is er een gespecialiseerd zorgverlener palliatieve zorg beschikbaar.

8 Vrijwilligers

Proactieve zorgplanning

- 8.1 Kernteams bij de huisartsenpraktijken zijn zich bewust van het belang van signaleren van overbelasting van mantelzorgers.
- 8.2 Kernteams beschikken over kennis en middelen om (dreigende) overbelasting van mantelzorgers systematisch te signaleren.
- 8.3 Binnen de kernteams is één van de leden van het kernteam verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de draaglast van de mantelzorger.
- 8.4 Als complexe casuïstiek in het kernteam-mdo besproken wordt kan een coördinator VPTZ zo nodig aansluiten.
- 8.5 Als er sprake is van overbelasting bij mantelzorgers dan wordt er actief verwezen naar VPTZ-organisaties zoals TTH en Acanthis of naar vrijwilligers van welzijnsorganisaties als er nog geen sprake is van een terminale situatie.

Transmurale coördinatie en continuïteit

- 8.6 VPTZ-organisaties gaan in 2026 samenwerkingsafspraken opstellen met de welzijnsorganisaties in Drenthe en Steenwijkerland.

9 Farmacie

We sluiten aan bij de afspraken die opgenomen zijn in [het regionale protocol medicatieoverdracht \(12 september 2025\)](#). Met aanvullende samenwerkingsafspraken voor de palliatieve fase van de persoon. Deze afspraken regelen de coördinatie en medicatieveiligheid rond de zorg voor palliatieve personen thuis. Dit betreft onder andere:

- 9.1 Het informeren van de apotheek over de markering van de palliatieve, terminale, of stervensfase.
- 9.2 Het beschikbaar stellen van en retournering van palliakits.
- 9.3 Afstemming met apotheek bij subcutane pomp, palliatieve sedatie en euthanasie en spoedsituaties.

Begrippenlijst

Deze begrippenlijst geeft toelichting op veelgebruikte termen binnen de kaders van dit document. Ze beschrijft kort de belangrijkste functies, rollen, afkortingen en overlegvormen, zodat voor iedereen helder is wat wordt bedoeld en wie waarvoor verantwoordelijk is. Op deze manier spreken alle betrokken zorg- en welzijnsprofessionals dezelfde taal, wat de samenwerking en afstemming rondom de palliatieve persoon en diens naasten versterkt. De gehanteerde definities sluiten aan bij het begrippenkader van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. Zie: [Begrippenkader - Richtlijnen Palliatieve zorg](#).

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de palliatieve persoon 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 palliatieve persoon en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.

Continuïteit van zorg

Bij continuïteit van zorg is er sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Continuïteit omvat ten minste:

- Persoonlijke continuïteit: een zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de palliatieve persoon kent en volgt;
- Team-continuïteit: communicatie van relevante patiënten informatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten;
- Transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiënten informatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorg settings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten.

Coördinator kernteam

De aanspreekpersoon van het kernteam die het multidisciplinair overleg (MDO) plant en voorbereidt, ondersteunt bij case-finding en het kernteam verbindt met het sociaal (wijk)team en de gemeentelijke beleidsgroep. Deze coördinator is tevens verantwoordelijk voor de evaluatie en afstemming van samenwerking en beleid.

Hoofdbehandelaar

De arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de diagnostiek, behandeling en continuïteit van zorg. Is het eerste aanspreekpunt voor de palliatieve persoon, naasten en zorgverleners, en coördineert het proactieve zorgplan en de samenwerking binnen het team. De taken kunnen deels worden gedelegeerd aan de POH, wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Kernteam (MDO)

Het kernteam vormt de basis voor integrale zorg in de huisartsenpraktijk. Hierin werken o.a. huisarts, wijkverpleging, welzijnswerk en de specialist ouderengeneeskunde samen, aangevuld met andere disciplines zoals een palliatieve zorg verpleegkundige. Het team houdt elke 4–6 weken een multidisciplinair overleg (MDO) om de zorg proactief, persoonsgericht en goed afgestemd te organiseren.

Tijdens het MDO worden de palliatieve personen besproken, taken verdeeld en samenwerkingsafspraken gemaakt. De coördinator kernteam bereidt het overleg voor, stelt de agenda op en faciliteert communicatie via VIP Samenwerken.

Palliatief Persoon

Een persoon met een levensbedreigende of ongeneeslijke ziekte, bij wie de zorg zich richt op kwaliteit van leven, comfort en ondersteuning in de laatste levensfase. De nadruk ligt niet op genezing, maar op symptoombestrijding, begeleiding en welbevinden.

Palliatieve zorg verpleegkundige (PZVP)

Een verpleegkundige met een post HBO opleiding in palliatieve zorg, gericht op kwaliteit van leven en verlichting van lijden. Vervult een centrale en verbindende rol binnen het kernteam en bredere netwerk, en waarborgt samenhang, continuïteit en kwaliteit van zorg.

PaTz

PaTz, de afkorting voor Palliatieve Thuiszorg, 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 personen 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 palliatieve persoon 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.

Physician Assistant (PA)

Een physician assistant (PA) is een erkende medische zorgverlener die zelfstandig geneeskundige zorg biedt binnen een medisch specialisme. Dit doet de PA in een samenwerkingsverband met een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of huisarts. De werkzaamheden van een PA kunnen in de praktijk per individu, per specialisme en per afdeling verschillen. Deze zijn namelijk mede afhankelijk van het vakgebied waarin de PA werkzaam is, de behoeften van de werkgever, en van de voorkeuren, kennis en vaardigheden van de PA zelf.

Proactieve Zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Professionals

Alle mensen die werken en leven in de palliatieve fase vanuit zowel de zorg als welzijn en gemeenten:

- Huisarts
- Medische specialisten
- Specialist ouderengeneeskundigen
- (Wijk)verpleegkundigen/verzorgenden
- Palliatief verpleegkundigen
- Verpleegkundig specialisten
- Maatschappelijk werker
- Geestelijk verzorger
- Sociaal werker
- WMO-consulent
- Mantelzorgondersteuner
- Casemanagers
- Beleidsmedewerkers (gemeente/welzijnsorganisaties)
- Apotheker
- Zorgcoördinator
- Coördinator kernteam
- Vrijwilligerscoördinator

Netwerk palliatieve zorg

Een netwerk palliatieve zorg is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij palliatieve zorg in een bepaalde regio. De netwerken zijn geïnitieerd om de samenhang in de interdisciplinaire netwerkzorg te bevorderen. Met als doel bij te dragen aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en sterven, op basis van de waarden, wensen en behoeften van de palliatieve persoon en diens naasten.

Netwerk van zorgverleners

Een formeel en regionaal samenwerkingsverband van zorgorganisaties en professionals die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor samenhangende, continue en persoonsgerichte palliatieve zorg. Het netwerk is flexibel samengesteld rondom de behoefte van de palliatieve persoon en werkt volgens gezamenlijke kwaliteitskaders.

Sociaal werker/maatschappelijk werker

Een sociaal werker ondersteunt mensen bij het omgaan met problemen op het gebied van werk, wonen, financiën en welzijn, zodat zij beter kunnen functioneren in de samenleving. Dit doen ze door praktische hulp te bieden, advies te geven, te verbinden met hulpinstanties en activiteiten te organiseren om sociale verbinding en zelfredzaamheid te vergroten.

Sociale kaart

De sociale kaart geeft een overzicht van instellingen, praktijken, activiteiten en organisaties op het gebied van welzijn, gezondheidszorg, hulpverlening en (sociale) voorzieningen.

Specialist ouderenzorg (SO)

Een specialist ouderengeneeskunde (SO) is een arts die zich richt op de complexe medische, psychische en sociale zorg voor ouderen en chronisch zieken. Hij of zij werkt vaak in verpleeghuizen, revalidatiecentra of in de 1^e lijn en stelt de kwaliteit van leven centraal door een integrale aanpak te bieden die verder gaat dan alleen de ziekte zelf. De SO coördineert de zorg en werkt samen met andere zorgprofessionals in een multidisciplinair team.

Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

Verpleegkundig Specialist (VS)

Een verpleegkundig specialist is een hbo-verpleegkundige met een masteropleiding die zowel zelfstandig verpleegkundige als medische taken uitvoert, zoals lichamelijk onderzoek en medicatie voorschrijven. Ze werken op het snijvlak van geneeskunde en verpleegkunde en zijn gespecialiseerd binnen een bepaald expertisegebied, zoals palliatieve zorg, oncologie of cardiologie. Naast directe patiëntenzorg dragen ze bij aan kwaliteitsverbetering, onderzoek en delen ze hun kennis met collega's.

VIPLive

Dit platform ondersteunt de zorg en administratieve processen van huisartsen, huisartsenposten en zorggroepen. VIPLive doet dit met software gekoppeld aan diverse HIS'en (Huisartseninformatiesysteem). Zorgverleners kunnen met VIPLive gemakkelijker regionaal samenwerken met andere zorgverleners, verantwoord gegevens delen (voldoet aan de AVG) en het doeltreffender plannen van zorg.

WMO-consulent

Een Wmo consulent is werkzaam bij de gemeente en handelt zorgvragen van burgers af voor WMO-voorzieningen. WMO staat voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en heeft als doel om burgers te helpen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Binnen dit proces heeft een consulent een belangrijk rol.