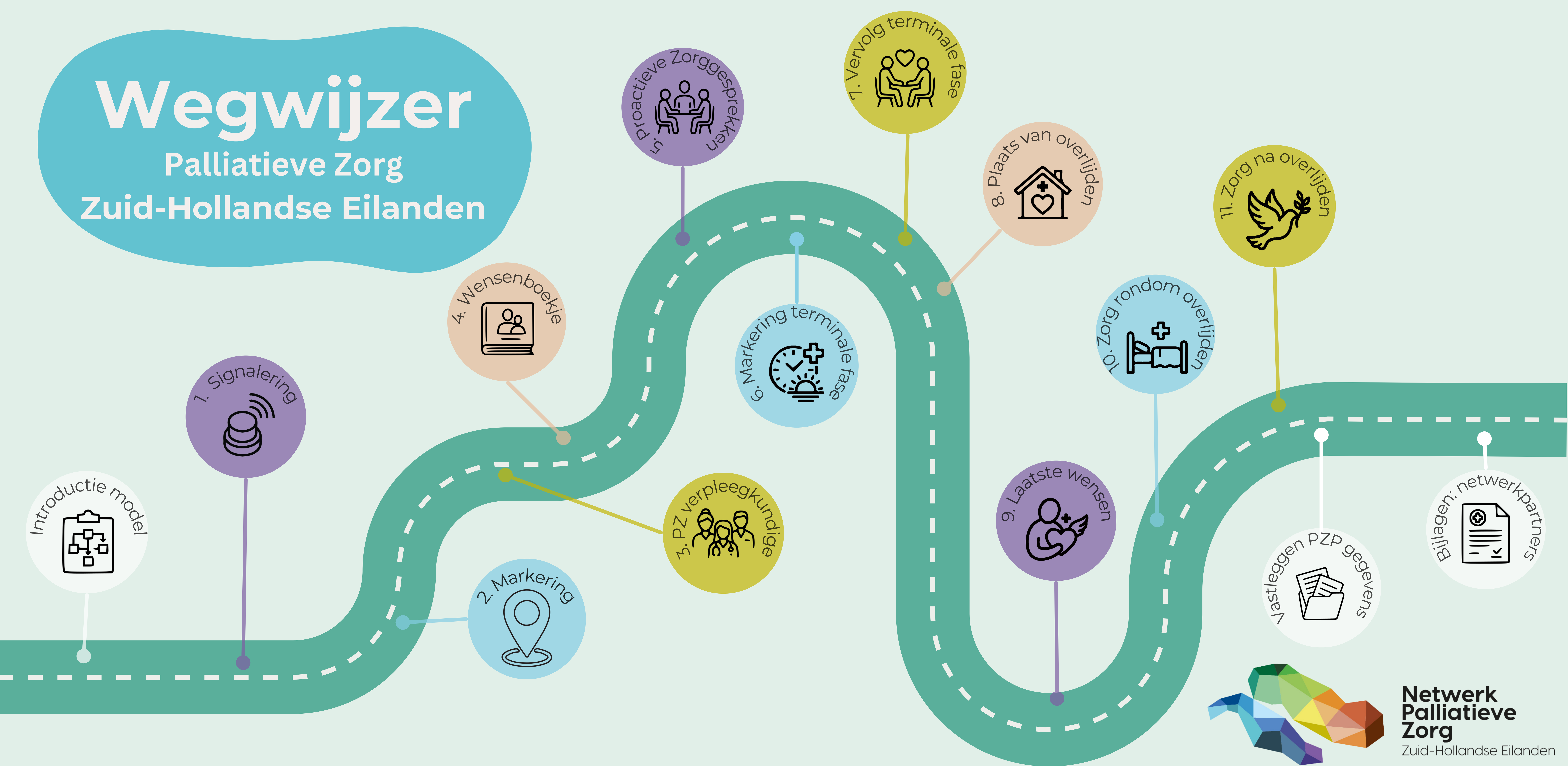
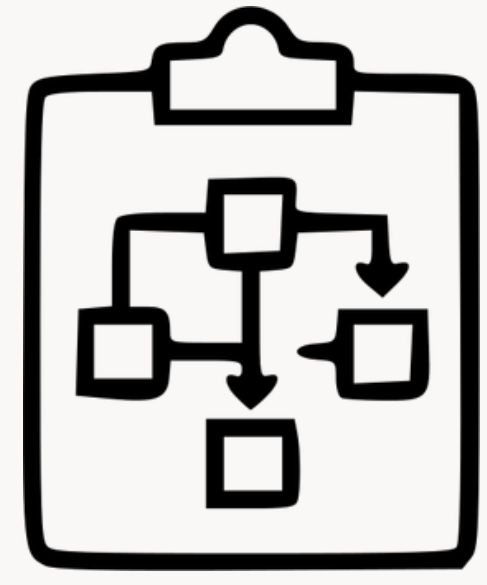


Wegwijzer

Palliatieve Zorg

Zuid-Hollandse Eilanden





Introductie model

In de palliatieve fase kunnen mensen met een ongeneeslijke aandoening en kwetsbaarheid – en hun naasten – zorg en ondersteuning krijgen. Palliatieve ondersteuning is gericht op het bijdragen aan kwaliteit van leven en sterven, het is niet gericht op genezing. In de palliatieve fase gaat het om leven toevoegen aan de dagen.

Aanleiding

De behoeften van ongeneeslijk zieke mensen zijn zeer persoonlijk. Passende palliatieve zorg vereist maatwerk en is gebaat bij sterke lokale samenwerking rondom mensen in hun laatste levensfase en hun naaste(n). We streven naar een integrale zorgaanpak die de vier dimensies omvat: fysiek, sociaal, psychologisch en spiritueel. Dit model is ontwikkeld naar aanleiding van de behoeften van zorgvragers en zorgverleners op de Zuid-Hollandse Eilanden voor een transmurale werkwijze palliatieve zorg. Met een goed gedefinieerd zorgpad en regionale overeenstemming bieden we continuïteit en zorg op maat voor de palliatieve patiënt.

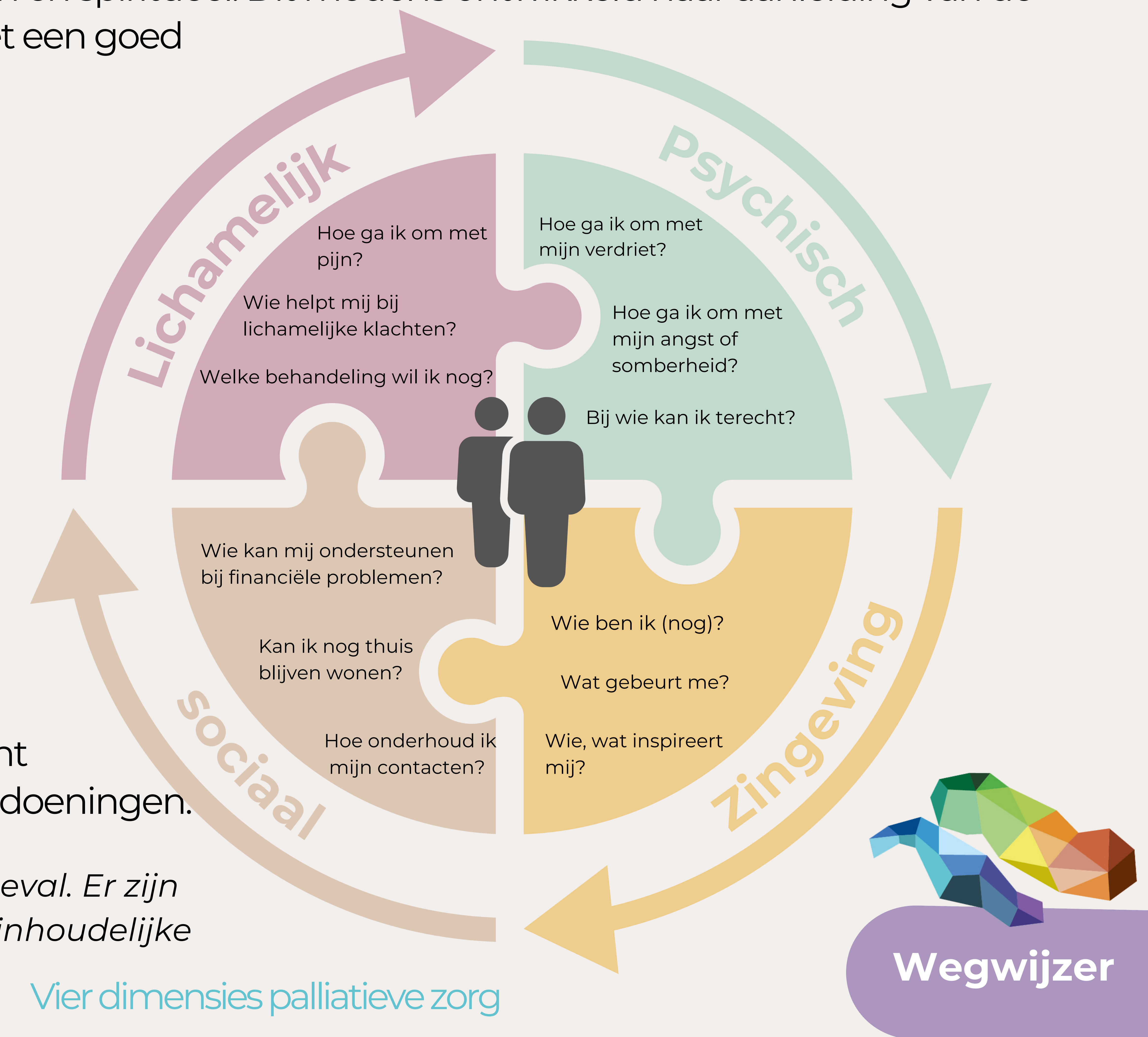
Het doel hiervan is:

- betere signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven;
- de zorg samen met de patiënt en naasten vormgeven;
- meer preventief en proactief werken i.p.v. reactief handelen;
- verbetering van overdracht en samenwerking tussen verschillende disciplines;
- verbeterde en eenduidige werkafspraken en protocollen;
- voldoen aan inkoopcriteria van de zorgverzekeraars.

Definitie Proactieve Zorgplanning Zuid-Hollandse Eilanden

Proactieve Zorgplanning (PZP) is een continu en gestructureerd proces van communicatie tussen inwoner *), naasten en zorgverleners. In dit proces worden wensen, waarden, voorkeuren en doelen met betrekking tot toekomstige zorg en behandeling tijdig besproken, vastgelegd en herzien. PZP richt zich op het bieden van passende en persoonsgerichte zorg, afgestemd op de levensfase en gezondheidstoestand van de patiënt. Het bevordert samenwerking, communicatie en overdracht binnen het zorgnetwerk, en draagt zo bij aan continuïteit van zorg, met name bij toenemende kwetsbaarheid of chronische aandoeningen.

Een model is altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Het schema suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt op veel verschillende locaties in de regio. De tabbladen geven een inhoudelijke verdieping van de verschillende stappen.





1. Signalering

Wees op tijd:

Vroegtijdige signalering en markering van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënt en naasten.

Wie:

In principe kan iedereen de palliatieve fase signaleren. Bijvoorbeeld de patiënt zelf, de naasten of de betrokken professionals. Het daadwerkelijke markeringsgesprek wordt gevoerd door de behandelend arts.

Wat:

Signalering is nodig, om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door vroegsignalering kunnen zorgverleners tijdig anticiperen op (potentiële) zorgproblemen.

Hoe:

Degene die signaleert bespreekt dit met de regiebehandelaar, die de palliatieve fase markeert.

Hulpmiddelen:

- [SPICT](#)
- [Surprise Question Markeringskaart](#)
- [RADPAC](#)
- [PalliMarkeert](#)
- [I-HARP](#)
- [PaTz](#)
- [Beslisschijf Palliatief Redeneren](#)
- [CURA](#)





2. Markering van de palliatieve fase

Wie

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Wijkverpleegkundige/ Casemanager dementie
- Tweedelijns
- GGZ

[Klik hier voor meer informatie over de rolverdeling.](#)

Wat

Gesprek proactief aangaan met de patiënt; afhankelijk van hoe de patiënt op het slechte nieuws reageert. Is de patiënt toe aan vervolgstappen? Zo ja, stap 1 en/of 2 anders stap 3 en daarna 4.

1. Checken of palliatieve zorg verpleegkundige ziekenhuis betrokken is;
2. Zorgpad starten, inzetten palliatieve zorg verpleegkundige;
3. Monitoren door de behandelend arts/ huisarts (evt. later alsnog palliatieve zorg verpleegkundige inzetten);
4. Zorg voor een goede vastlegging in het patiëntendossier én uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Waarom

Het doel van markeren is dat de professional tijdig met de patiënt in gesprek gaat over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg. De palliatieve fase verloopt voor ieder mens/ziektebeeld anders. De palliatieve fase kan soms jaren duren.

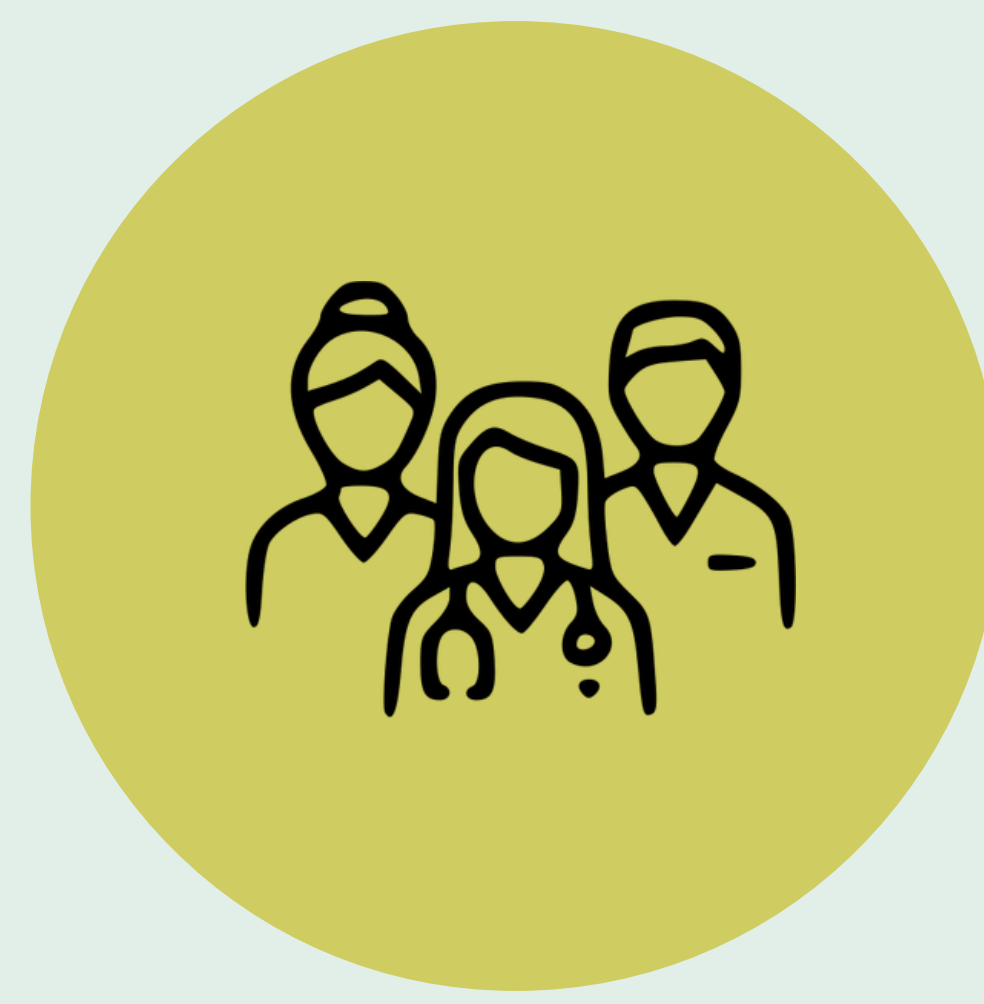


Hulpmiddelen:

- [Handreiking Slechtnieuwsgesprek](#)
- [KNMG Tijdig praten over het levenseinde](#)
- [Richtlijn Palliatieve zorg bij dementie](#)
- [Overpalliatievezorg.nl](#)



Wegwijzer



3. Inzet palliatieve zorg verpleegkundige

Wie

Post HBO opgeleide palliatieve zorg verpleegkundige

Wat

- Kan, indien aangewezen als centrale zorgverlener, het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt, naasten en betrokken zorgverleners.
- Brengt samen met de patiënt en naasten waarden, wensen, behoeften en de gezondheidstoestand in kaart op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied.
- Draagt bij aan proactieve zorgplanning en aan het opstellen, evalueren en bijstellen van het individueel zorgplan.
- Coördineert en bevordert de continuïteit van de palliatieve zorg en organiseert waar nodig multidisciplinair overleg, consultatie of verwijzing.
- Ondersteunt en coacht generalistische zorgverleners bij complexe palliatieve zorg en schakelt zo nodig aanvullende of specialistische expertise in.

Hoe

- Leg vast wie de regiebehandelaar en, indien van toepassing, de centrale zorgverlener is, inclusief taakverdeling, verantwoordelijkheden en bereikbaarheid.
- De regiebehandelaar of een andere betrokken zorgverlener schakelt de palliatieve zorg verpleegkundige in volgens de lokaal afgesproken werkwijze; inzet kan ook adviserend/consultatief zijn.
- De palliatieve zorg verpleegkundige legt contact met patiënt en naasten en stemt gedurende het traject af met de regiebehandelaar en andere betrokken zorgverleners.
- Werk multidimensioneel en pas palliatief redeneren toe: brengt de situatie in kaart, vat problematiek en proactief beleid samen, maakt evaluatieafspraken en stel het beleid zo nodig bij.
- Bespreek waarden, wensen, behoeften en keuzes via gezamenlijke besluitvorming/proactieve zorgplanning en leg relevante afspraken vast in het individueel zorgplan.
- Organiseer waar nodig consultatie of verwijzing naar andere disciplines, waaronder paramedici, en bewaakt de samenhang en continuïteit van de zorg.

Hulpmiddelen:

- [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland](#)
- [Profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige – V&VN](#)
- [Individueel zorgplan](#)
- [Methodiek besluitvorming in de palliatieve fase](#)



Wegwijzer



4. Wensenboekje

Wie

In principe kan iedereen aan de slag met het wensenboekje. Bijvoorbeeld de patiënt zelf, de naasten of de betrokken professionals.

Wat

Het wensenboekje ondersteunt patiënten, naasten en zorgverleners bij het voeren van het gesprek over toekomstige zorg en behandeling. Het helpt wensen, waarden en voorkeuren tijdig bespreekbaar te maken en vast te leggen als onderdeel van proactieve zorgplanning.

Hoe

- Bij signalering van toenemende kwetsbaarheid of een beperkte levensverwachting.
- Als voorbereiding op een proactief zorg gesprek.
- Ter ondersteuning van het gesprek tijdens de inventarisatiefase.
- Bij veranderingen in gezondheid of levenssituatie om eerder vastgelegde wensen te actualiseren.

Introductie wensenboekje

Afhankelijk van het contactmoment kan het wensenboekje worden aangereikt door de praktijkondersteuner; de huisarts; de wijkverpleegkundige; de casemanager dementie; de palliatieve zorg verpleegkundige of de specialist ouderengeneeskunde.

Relatie met proactieve zorg gesprek

Het wensenboekje vervangt het proactieve zorg gesprek niet, maar ondersteunt dit. De uitkomsten vormen input voor de gezamenlijke besluitvorming en worden – voor zover relevant – vastgelegd in het medisch dossier en gedeeld met betrokken zorgverleners.

Beschikbare wensenboekjes:

- [Wensenboekje](#)
- [Wat ik zeggen wil in mijn laatste levensfase](#)
- [Werkboek "Wat wil ik als ik niet meer beter word?"](#)
- [Gesprekshulp Behandelgrenzen](#)
- [Wensen voor zorg en behandeling](#)
- [Behandelpaspoort](#)



Wegwijzer



5. Proactieve Zorggesprekken

Wie

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Palliatieve zorg verpleegkundige
- Casemanager Dementie
- Specialist ouderengeneeskunde
- Tweedelijns
- GGZ

[Klik hier voor meer informatie over de rolverdeling.](#)

Wat

Centraal moet staan: wat vindt de patiënt echt van belang in de laatste fase? Leg deze afspraken vast als prioriteit in het patiëntendossier. Zorg voor een goede uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Dit is een dynamisch gesprek waarbij niet alle onderwerpen in één gesprek hoeven plaats te vinden. Zorg er wel voordat een opvolging van het gesprek gepland wordt.

Het wensenboekje kan als leidraad gebruikt worden.

Hoe

Gesprek met de patiënt en naasten over de behandeling, zorg en zelfmanagement. Mogelijke onderwerpen:

- Wensen patiënt/naasten, heroverweging medicatie/beleid, bezoek hospice ter oriëntatie;
- gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden;
- ondersteuning door geestelijk verzorger ([Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)), notaris over testament e.d.

Hulpmiddelen:

- [Checklist Tijdig praten over het levenseinde](#)
- [Gespreksmodel Mantelzorgondersteuning](#)
- [Handreiking Slechtnieuwsgesprek](#)
- [Zorgvuldige zorg rond het levenseinde](#)
- [Mobiel Palliatief Team Calando](#)
- [Overpalliatievezorg.nl](#)



Wegwijzer



6. Markering terminale fase

Wie

In principe kan iedereen de terminale fase signaleren. Bijvoorbeeld de patiënt zelf, de naasten of de betrokken professionals. Onderlinge communicatie bij deze signalering speelt hierin een belangrijke rol.

Wat

Er is vastgesteld dat de laatste fase van het leven is aangebroken (weken of maanden).

Mogelijke bespreekpunten met patiënt en naasten over de kwaliteit van overlijden

- gewenste plaats van overlijden
- uitleg over symptomen en de behandeling daarvan
- eventuele scenario's van overlijden
- beslissingen rond het levenseinde; afzien van ongewenste levensverlengende behandeling
- beleid ten aanzien van eventuele reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie
- ondersteuning mantelzorg
- respijt zorg
- wensambulance
- zingeving
- inzet vrijwilligers palliatief terminale zorg



Hulpmiddelen:

- [Richtlijn Zorg in de Stervensfase](#)
- [Thuisarts: Ik heb niet lang meer te leven](#)
- [Checklist Tijdig praten over het levenseinde](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Goeree-Overflakkee](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Hoeksche Waard](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Voorne-Putten en Rozenburg](#)
- [Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)
- [Hulpmiddelen voor in huis](#)





7. Vervolg gesprekken terminale fase

Wie

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Wijkverpleegkundige/ palliatieve zorg verpleegkundige
- Casemanager dementie
- Tweedelijns
- GGZ

[Klik hier voor meer informatie over de rolverdeling.](#)

Wat

Tijdig gesprek over het naderend overlijden, centraal moet staan: wat vindt de patiënt echt van belang in deze fase? Leg alle wensen goed vast in het individueel zorgplan in het patiëntendossier. Zorg voor een goede uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Dit is een dynamisch gesprek waarbij niet alle onderwerpen in één gesprek hoeven plaats te vinden. Zorg er wel voordat een opvolging van het gesprek gepland wordt.

Wees er bewust van dat ook in deze fase de wensen en behoeften kunnen veranderen en dat er wellicht frequenter contact nodig is.

Mogelijke onderwerpen

- Wensen patiënt/naasten, heroverweging medicatie/beleid, inzet van terminale thuiszorg of bezoek hospice, gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden, ondersteuning door geestelijk verzorger ([Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)), notaris over testament ed.

Overweeg

- inzet [Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg \(VPTZ\)](#);
- [Consultatief Palliatief Team](#);
- Inzet palliakit
- attenderen op boeken / tijdschriften www.doodgewoonbespreekbaar.nl en Palvoor.nl;
- overweeg rouwzorg ([Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)), denk niet te snel dat er iets 'mis' is.

Hulpmiddelen:

- [Palliatief Redeneren](#)
- [Richtlijn Zingeving en Spiritualiteit](#)
- [Gesprekskaart Proactieve Zorgplanning](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Goeree-Overflakkee](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Hoeksche Waard](#)
- [Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Voorne-Putten en Rozenburg](#)
- [Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)
- Overpalliatievezorg.nl



Wegwijzer



8. Plaats van overlijden

Wie

Regiebehandelaar en/of palliatieve zorg verpleegkundige met patiënt en naaste(n).

Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten. Mits dit haalbaar is met de inzet van zorg.

Hoe

- afspraken vastleggen
- waar vindt het overlijden plaats
- eventueel aanmelden bij hospice of palliatieve unit
- afstemming met de mantelzorgers
- waken door de naasten
- 24-uurs bereikbaarheid van zorg
- bespreken mogelijkheden inzet van domotica/ hulpmiddel en palliakit
- inzet Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg (VPTZ), eventueel oriënterend gesprek regelen
- zorgpad stervensfase



Hulpmiddelen:

- Mantelzorg
- Hospice
- Zorgpad Stervensfase
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Goeree-Overflakkee
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Hoeksche Waard
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Vorne-Putten en Rozenburg
- Hulpmiddelen voor in huis
- Domotica Goeree-Overflakkee
- Domotica Hoeksche Waard
- Domotica Vorne aan Zee



Wegwijzer



9. Laatste wensen

Wie

Dit kan iedereen zijn, de patiënt zelf, zijn naasten en/of een professional.

Wat

Vraag aan de patiënt wat hij/zij nog wil doen, zien of beleven in deze laatste fase? Dit kunnen grote en kleine wensen zijn. Veel mensen willen nog graag een belangrijke gebeurtenis meemaken, bijvoorbeeld een geboorte, een huwelijk of een eindexamen. Soms wordt de datum vervroegd of wordt de gebeurtenis deels beleefd door bijvoorbeeld samen op de foto te gaan in trouwkleding. Anderen gaan nog een keer met elkaar op vakantie of genieten van een fijne massage.

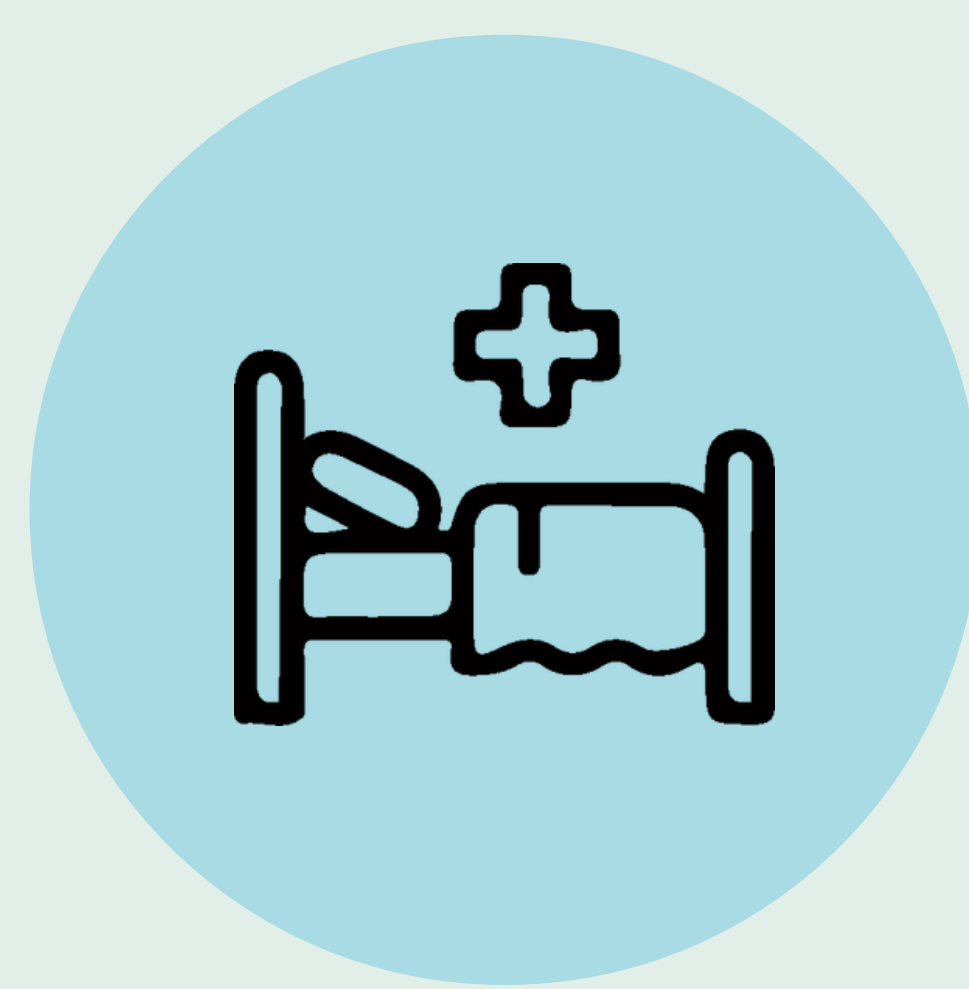
Hoe

De patiënt kiest zelf. Geef de patiënt mee om goed na te denken over zijn keuzes. Leg uit dat het energieniveau bepalend kan zijn. Vraag uit wat de meeste voldoening geeft. Geef ook aan dat patiënt zaken mag afstoten.

Hulpmiddelen:

- [Vervullen van wensen](#)
- [Stichting Ambulance Wens](#)
- [Wensenboekje](#)
- [Voorbeeld wilsverklaringen \(euthanasieverzoek / behandelverbod\)](#)





10. Zorg rondom overlijden

Wie

Regiebehandelaar en/of palliatieve zorg verpleegkundige met patiënt en naaste(n).

Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten. Mits dit haalbaar is met de inzet van zorg.

Hoe

- 24-uurs beschikbaarheid regelen
- hulpmiddelen / materialen/domotica en palliakit in huis halen
- opstarten van domotica
- afstemming met de mantelzorgers screeningslijst)
- waken door de naasten; inzet waakmand
- onrust bij overlijden, neem contact op met Mobiel Palliatief Team Calando

Hulpmiddelen:

- Gespreksmodel Mantelzorgondersteuning
- Zorgpad Stervensfase
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Goeree-Overflakkee
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Hoeksche Waard
- Vrijwillige Palliatieve Zorg Thuis Voorne-Putten en Rozenburg
- Hulpmiddelen voor in huis
- Domotica Goeree-Overflakkee
- Domotica Hoeksche Waard
- Domotica Voorne aan Zee





11. Zorg na het overlijden

Wie

Formele en informele zorgverleners en nabestaanden.

Wat

Als zorgverlener en/of organisatie afscheid nemen en medeleven tonen. Aandacht schenken aan afsluiting/evaluatie van de geboden zorg is belangrijk voor nabestaanden. Het blijkt zinvol en troostend te zijn om nabestaanden uit te nodigen voor een herdenkingsbijeenkomst.

Hoe

Afhankelijk van de plaats van overlijden, denk aan onderstaande mogelijkheden:

- uitgeleide doen bij uitdragen
- een condoleancekaart sturen / de condoleance bezoeken
- aanwezig zijn bij crematie of begrafenis
- huisbezoek / telefonisch nazorggesprek
- folder: [Een dierbare verliezen](#)
- maak nabestaanden attent op of nodig ze uit voor een herdenkingsbijeenkomst
- (herhaling) attenderen op boeken / tijdschriften www.doodgewoonbespreekbaar.nl en Palvooru.nl
- 1 jaar na overlijden op de sterfdag een telefoontje/kaart
- (herhaling) overweeg rouwzorg ([Centrum voor Levensvragen Zuid-Hollandse Eilanden](#)), denk niet te snel dat er iets 'mis' is

Hulpmiddelen:

- [Folder 'Een dierbare verliezen'](#)
- [Doodgewoon Bespreekbaar](#)
- [Pal voor U](#)
- [Centrum voor Levensvragen ZHE](#)
- [Rouw en verliesverwerking](#)
- [Rouw en verlies](#)



Wegwijzer



Vastleggen PZP gegevens

Wie

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Specialist ouderengeneeskunde
- Tweedelij
- Alle betrokken zorgverleners

[Klik hier voor meer informatie over de rolverdeling.](#)

Wat

Schriftelijke vastlegging van besproken wensen, behandelgrenzen en voorkeuren; toegankelijk maken voor alle betrokken zorgverleners.

Hoe **Invulling Jolanda**

Alle betrokken zorgverleners

- Leggen PZP-elementen vast in het eigen dossier
- Delen informatie met de POH en/of huisarts



Wegwijzer



Bijlage: Netwerkpartners

De aan het Netwerk Palliatieve Zorg deelnemende organisaties spannen zich in om de zorg voor mensen in de laatste levensfase zo goed mogelijk te organiseren.

Goeree-Overflakkee

- [Attenza](#)
- [Buurtzorg Goeree-Overflakkee](#)
- [Careyn](#)
- [CuraMare](#)
- [Delta Dokters](#)
- [Hospice Calando](#)
- [Vrijwilligers Palliatieve Thuiszorg \(VPTZ\) Calando - Goeree-Overflakkee](#)
- [Zuidwester](#)

Hoeksche Waard

- [Albert Schweitzer Ziekenhuis](#)
- [Alerimus](#)
- [Buurtzorg Hoeksche Waard](#)
- [Careyn](#)
- [Hospice Hoeksche Waard](#)
- [Ikazia Ziekenhuis](#)
- [Mobiel Palliatief Team Calando](#)
- [Verzorgingshuis Heemzicht](#)
- [Vrijwilligers Palliatieve Thuiszorg \(VPTZ\) Hoeksche Waard](#)
- [Zorggroep Hoeksewaard](#)
- [Zorgwaard](#)

Voorne-Putten Rozenburg

- [Argos Zorggroep](#)
- [Buurtzorg Spijkenisse](#)
- [Careyn](#)
- [Catharina thuis op Voorne](#)
- [Delta Dokters](#)
- [Directzorg Nederland](#)
- [Hospice de Nathrine](#)
- [Hospice de Waterlelie](#)
- [Maasstad Ziekenhuis Rotterdam](#)
- [Spijkenisse Medisch Centrum](#)
- [Stichting Humanitas](#)
- [Vrijwilligers Palliatieve Thuiszorg \(VPTZ\) de Waterlelie – Voorne-Putten Rozenburg](#)

Met dank aan het Netwerk Palliatieve Zorg Zeeland voor het gebruik van hun wegwijzer, die als basis heeft gediend voor de Wegwijzer Palliatieve Zorg Zuid-Hollandse Eilanden.



Wegwijzer



Bijlage: Markering van de palliatieve fase - rolverdeling

Huisarts

- Ziet signalen vanuit verschillende disciplines samenkomen.
- Houdt overzicht en houdt actief bij welke patiënten retour komen uit 2e/3e lijn met beperkte prognose tijdens correspondentieverwerking.
- Besluit of het moment rijp is voor een verdiepend gesprek en vraagt hier eventueel ondersteuning bij van een specialist ouderengeneeskunde.
- Geeft tijdens diensturen aan naar eigen huisarts dat er sprake is van een kwetsbare situatie, klinische achteruitgang of beperking prognose, en dat PZP-gesprek is geïndiceerd.

Praktijkondersteuner

- Signaleert verandering in zorgbehoefte bij reguliere controles.
- Introduceert het onderwerp PZP laagdrempelig tijdens gesprekken.
- Verzamelt informatie over patiëntwaarden en voorkeuren.
- Gebruikt indien passend een behandelpaspoort of wensenboekje.

Wijkverpleegkundige

- Observeert situaties in de thuissituatie die kunnen wijzen op verslechtering.
- Meldt bevindingen bij huisarts of POH voor verdere bespreking.
- Start soms zelf met verkennend gesprek over zorgwensen.

Casemanager Dementie

- Herkent bij diagnose of tijdens begeleiding momenten waarop PZP bespreekbaar is.
- Initieert het gesprek met patiënt en naasten over het belang van tijdige besluitvorming.

Tweedelij

- Signaleert bij patiënten met een chronische of progressieve aandoening dat de prognose beperkt is of verslechtert.
- Herkent momenten waarop verdere behandeling mogelijk weinig meerwaarde heeft.
- Benoemt dit expliciet richting patiënt en in de correspondentie met de huisarts.
- Attendeert de huisarts op de noodzaak tot (her)starten van PZP.
 - Draagt signalen over bij herhaalde opnames, functieverlies, toenemende kwetsbaarheid, beperkte behandelopties.

GGZ

- Signaleert psychische kwetsbaarheid, cognitieve problematiek of psychosociale factoren.
- Attendeert huisarts of POH wanneer PZP mogelijk geïndiceerd is.



Wegwijzer



Bijlage: Inzet palliatieve zorg verpleegkundige

Huisarts

•

Casemanager Dementie

•

Invulling volgt nog?

Praktijkondersteuner

•

Tweedelij

•

Wijkverpleegkundige

•

GGZ

•



Wegwijzer



Bijlage: Proactieve Zorggesprekken - rolverdeling

Huisarts

- Voert (eventueel samen met POH of verpleegkundige) een verdiepend PZP-gesprek.
- Bespreekt realistische behandeldoelen en medische (on)mogelijkheden.
- Betrekt altijd familie bij gesprek om miscommunicatie tijdens een crisissituatie te beperken (vaak lichten patiënten niet hun familie in waardoor veel storing kan ontstaan).

Praktijkondersteuner

- Bereidt gesprekken voor.
- Voert bij passende casussen zelfstandig een PZP-gesprek
- Ondersteunt patiënt bij het verhelderen van wensen en het invullen van hulpmiddelen zoals behandelpaspoort/wensenboekje.

Palliatieve zorg verpleegkundige

- Leidt het gesprek bij complexe casussen of wanneer comfortzorg centraal staat.
- Verheldert behandelopties en de impact op kwaliteit van leven.

Casemanager Dementie

- Sluit aan bij gesprekken, bewaakt het tempo en de begrijpelijkheid voor patiënt en naasten.
- Stimuleert het vastleggen van wensen in eenvoudige taal.

Specialist Ouderengeneeskunde

- Ondersteunt de huisarts als consulent/medebehandelaar bij het voeren van een verdiepend PZP-gesprek en legt vast wat besproken is en stemt af met huisarts en/of eerste lijn.
- Voert als hoofdbehandelaar gestructureerde PZP-gesprekken bij kwetsbare patiënten in instellingen. NB Dit kan wellicht worden weggehaald, omdat dit stuk PZP in de eerste lijn betreft.

Tweedelij

- Bespreekt met patiënt (en naasten) het ziektebeloop, de behandelmogelijkheden en -beperkingen en de gevolgen van verdere behandeling of juist niet behandelen
- Geeft een medisch-inhoudelijk kader waarbinnen keuzes gemaakt kunnen worden.
- Stimuleert voortzetting van het PZP-gesprek in de eerste lijn.
- Verwijst waar passend naar huisarts of specialist ouderengeneeskunde voor verdere uitwerking.

GGZ

- Brengt perspectief in op mentale belastbaarheid, wilsbekwaamheid en coping.
- Draagt bij aan het verhelderen van wensen en grenzen vanuit psychisch functioneren.



Wegwijzer



Bijlage: Vervolg gesprekken terminale fase - rolverdeling

Huisarts

- Toetst bij veranderingen in gezondheidstoestand of wensen nog actueel zijn.
- Zet nieuwe behandelafspraken in gang indien nodig.
- Koppelt veranderingen PZP altijd terug naar HAP en bij opname in 2e/3e lijn.

Praktijkondersteuner

- Planmatig herzien van eerder gemaakte afspraken tijdens vervolggesprekken.
- Betrekken van naasten en multidisciplinair team indien nodig.

Wijkverpleegkundige/ Palliatieve zorg verpleegkundige

- Signaleren verandering in zorgvraag of psychosociale situatie.
- Informeren coördinator of huisarts over de noodzaak tot heroverweging.

Casemanager Dementie

- Planmatig herzien van eerder gemaakte afspraken tijdens vervolggesprekken.
- Betrekken van naasten en multidisciplinair team indien nodig.

Tweedelij

- Herbeoordeelt behandelbeleid bij klinische achteruitgang, nieuwe diagnoses, heropnames
- Informeert de huisarts bij relevante wijzigingen.
- Draagt bij aan actualisatie van PZP-afspraken.

GGZ

- Signaleert veranderingen in psychisch functioneren.
- Koppelt relevante wijzigingen terug aan huisarts of multidisciplinair team.



Wegwijzer



Bijlage: Vastleggen PZP gegevens - rolverdeling

Huisarts

- Noteert kernpunten in het HIS (bijv. NHG-TOP-formulier, of Zorgaantekening in topicus).
- Informeert HAP en andere betrokkenen over behandelgrenzen.
- Houdt een regiefunctie en overzicht. Alle betrokken zorgverleners stellen altijd de huisarts op de hoogte van PZP-veranderingen.
- Streeft naar een optimale overdracht naar het ziekenhuis bij opname (bv via de overdracht aan ambulance).

Praktijkondersteuner

- Ondersteunt bij registratie van PZP in het HIS en het delen van relevante informatie met patiënt en naasten.

Specialist Ouderengeneeskunde

- Stelt een behandelplan of zorgplan op waarin PZP-uitkomsten zijn opgenomen.
- Draagt zorg voor afstemming met betrokken disciplines en herziening bij wijzigingen.

Tweedelij

- Legt relevante bevindingen vast in de specialistische correspondentie.
- Benoemt expliciet:
 - behandelgrenzen
 - prognostische inschatting
 - aandachtspunten voor vervolgzorg
- Informeert de huisarts actief over uitkomsten die van belang zijn voor PZP.
- Zorgt voor duidelijke overdracht bij opname, ontslag of poliklinisch vervolg.

Alle betrokken zorgverleners:

- Leggen PZP-elementen vast in het eigen dossier.
- Delen informatie met de POH en/of huisarts.



Wegwijzer