

## Regionaal Transmurale Afspraak (RTA): Passende zorg in de laatste levensfase

Deze RTA beschrijft de afspraken en samenwerking tussen alle zorgprofessionals m.b.t. identificeren doelgroep, spreken over passende zorg, samenwerking en vastleggen van afspraken.

### Waarom?

De moderne geneeskunde kan steeds meer. De verbeterde mogelijkheden om ziektes te behandelen en levens te verlengen heeft ook een keerzijde. Zo zijn sommige behandelingen zeer ingrijpend, hebben ze ernstige bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Wanneer houdt medisch ingrijpen op om zinvol te zijn en is andere zorg passender? Staan arts en patiënt wel voldoende stil bij de kwaliteit die het leven voor de patiënt heeft en bespreken zij welke behandelingen, nu of in de toekomst nog waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven voor de patiënt? Gaat het gesprek over wat de patiënt werkelijk belangrijk vindt en met welke zorg dit het best te bereiken is?

### Doelgroep: met wie wordt het gesprek gevoerd

De uitdaging is tijdig die patiënten te identificeren die kwetsbaar zijn. Zowel de patiënt en zijn naasten, arts of andere betrokken professionals kunnen het initiatief nemen voor een gesprek over passende zorg.

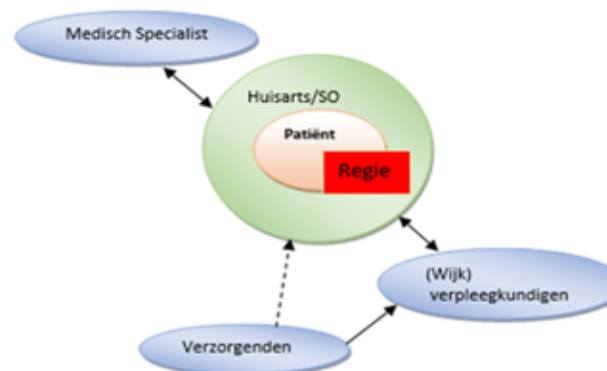
Bij patiënten met een of meer van onderstaande criteria is een gesprek over passende zorg wenselijk:

- o een levensverwachting van minder dan 1 jaar (surprise question)
- o een onbehandelbare ziekte
- o persisterende, belemmerende symptomen ondanks optimale behandeling van onderliggende aandoening.
- o ernstige co morbiditeit en/of polyfarmacie
- o een hoog-complexe zorgvraag (functionele status is laag of gaat achteruit, afhankelijk van anderen voor meeste zorgbehoeften ten gevolge van fysieke of mentale problemen)
- o dementie
- o een wilsbeschikking
- o een WLZ-indicatie

### Vastleggen behandelbeperkingen in HiX (elektronisch dossier Slingeland Ziekenhuis)

De medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde noteren de afgesproken behandelbeperkingen in HiX, onder het tabblad behandelbeperkingen. Dit tabblad geldt als centrale bron voor afspraken op het gebied van behandelbeperkingen. Wanneer een arts hierin registreert gaat automatisch een Edifact bericht naar huisarts t.b.v. journaal in His.

De arts is samen met de patiënt verantwoordelijk voor de medische beleidsbeslissingen. Afhankelijk van de zorgzwaarte en/of verblijfplaats is de huisarts of specialist ouderengeneeskunde de regiehouder. De regiehouder heeft een coördinerende rol met betrekking tot het spreken over het levenseinde en het vastleggen van behandelbeleid/beperkingen. Zowel de arts als de patiënt en zijn naasten kunnen het initiatief nemen voor het gesprek.



Elke hulpverlener kan te maken krijgen met toename van kwetsbaarheid bij een patiënt, ideeën of vragen over de toekomst, vragen over eventuele behandelmogelijkheden of vragen over de gezondheid van de patiënt. Belangrijk is dat alle hulpverleners:

- (Toenemende) kwetsbaarheid en/of behoefte tot spreken over het levenseinde signaleren
- Kwetsbaarheid en wensen met betrekking tot kwaliteit van leven bespreekbaar maken
- Bewustzijn creëren bij patiënt over eigen regie met betrekking tot afspraken passende zorg voor de laatste levensfase
- Patiënten stimuleren om deze onderwerpen te bespreken met de arts.
- De arts informeren over patiënten die tot de doelgroep behoren en waarmee gesproken moet worden over de laatste levensfase.
- Verandering in de situatie in relatie tot wensen m.b.t. kwaliteit van leven signaleren

## Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Doelgroep: met wie wordt het gesprek gevoerd .....	4
3. Rollen en verantwoordelijkheden .....	5
4. Verslaglegging 'Afspraken rondom het levenseinde' .....	9
5. Overdracht afspraken behandelbeleid-/beperkingen.....	10
BIJLAGE SPICT .....	11
BIJLAGE Checklist 'Praten over het levenseinde' KNMG.....	12

## Regionale Transmuraal Afspraak (RTA)

Tijdig spreken over de laatste levensfase  
Anticiperende besluitvorming over passende zorg in de laatste levensfase bij kwetsbare patiënten

### 1. Inleiding

De moderne geneeskunde kan steeds meer. De verbeterde mogelijkheden om ziektes te behandelen en levens te verlengen heeft ook een keerzijde. Zo zijn sommige behandelingen zeer ingrijpend, hebben ze ernstige bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Wanneer houdt medisch ingrijpen op om zinvol te zijn en is andere zorg passender? Staan arts en patiënt wel voldoende stil bij de kwaliteit die het leven voor de patiënt heeft en bespreken zij welke behandelingen, nu of in de toekomst nog waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven voor de patiënt? Gaat het gesprek over wat de patiënt werkelijk belangrijk vindt en met welke zorg dit het best te bereiken is?

Advance care planning (ACP) en shared decision making (SDM) zijn belangrijke onderdelen in het proces om te komen tot de best haalbare kwaliteit van leven voor de patiënt.

- **'Advance care planning' (ACP)** is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.
- **Shared Decision Making (SDM)** - letterlijk vertaald gedeelde besluitvorming - is een proces waarin de zorgprofessional en de cliënt samen tot besluiten komen die het beste passen bij de betreffende cliënt. Informatie-uitwisseling vormt hierin een essentieel onderdeel, maar vooral ook de wijze waarop deze informatie met elkaar wordt gedeeld.

Anticiperende besluitvorming over behandelbeleid vergt samenspraak tussen cliënt/ vertegenwoordiger en de verantwoordelijk arts. Dit omdat een gezamenlijke afweging moet plaatsvinden van wensen van de patiënt over de zorg in de laatste levensfase, prognose, kans van overleving zonder resterende schade in de situatie van de patiënt.

Deze RTA beschrijft de samenwerking tussen huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten (VS), (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners huisartsen (POH); het beschrijft afspraken met betrekking tot:

- Identificatie doelgroep; op welk moment /met wie gesproken moet worden over passende zorg in de laatste levensfase
- Afstemmen beleid tussen hulpverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn rondom het gesprek over het levenseinde: rollen en verantwoordelijkheden van de diverse hulpverleners
- Vastleggen van de afspraken en behandelbeperkingen en de communicatie met relevante hulpverleners

Deze RTA is vastgesteld door de huisartsvereniging "Oude IJssel" de Vereniging Medisch Staf (VMS) en het Netwerk Transmurale Zorg West Achterhoek.

## 2. Doelgroep: met wie wordt het gesprek gevoerd

De uitdaging is tijdig die patiënten te identificeren die kwetsbaar zijn. Zowel de patiënt en zijn naasten, arts of andere betrokken professionals kunnen het initiatief nemen voor een gesprek over passende zorg. Dit gesprek kan plaatsvinden op:

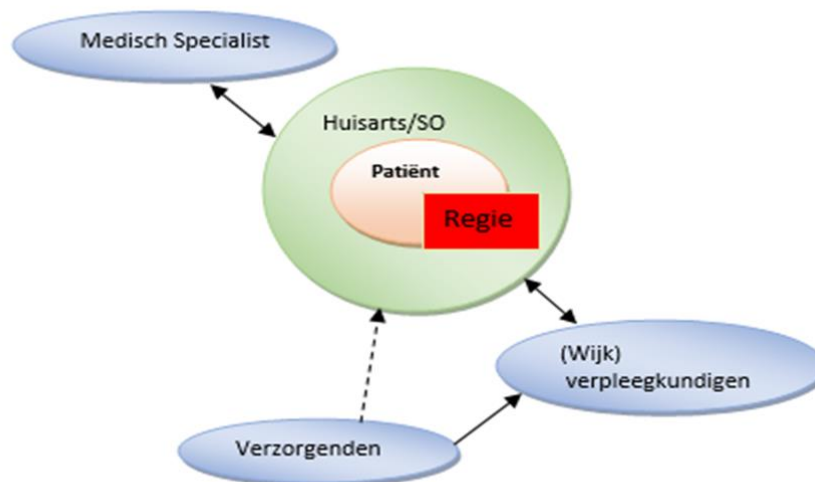
- Initiatief van patiënt/vertegenwoordiger (vragen/zorgen rond levenseinde, melding van niet reanimatieverklaring, vragen over succes van behandeling etc.)
- Initiatief van de arts/professional bij patiënten met een of meer van onderstaande criteria:
  - een levensverwachting van minder dan 1 jaar (surprise question)
  - een onbehandelbare ziekte
  - persisterende, belemmerende symptomen ondanks optimale behandeling van onderliggende aandoening.
  - ernstige co morbiditeit en/of polyfarmacie
  - een hoog-complexe zorgvraag (functionele status is laag of gaat achteruit, afhankelijk van anderen voor meeste zorgbehoeften ten gevolge van fysieke of mentale problemen)
  - dementie
  - een wilsbeschikking
  - een WLZ-indicatie

*Bijlage SPICT: Tool om patiënten te identificeren die een verhoogd risico hebben achteruit te gaan of te overlijden*

### 3. Rollen en verantwoordelijkheden

Advance Care Planning (ACP) omvat méér dan het bespreken en opmaken van een laatste wilsbeschikking. Het is een continu proces van gesprekken met de patiënt en zijn naasten over levensdoelen, wensen en verwachtingen en hoe zorg daarbij aansluit. Behandelopties, grenzen aan de behandelingen en mogelijkheden voor palliatieve zorg komen aan de orde. Inzicht en zienswijze kunnen wijzigen; besluiten dienen dan aangepast en gedocumenteerd te worden. Alle betrokken hulpverleners hebben hier een rol in.

De arts is samen met de patiënt verantwoordelijk voor de medische beleidsbeslissingen. Afhankelijk van de zorgzwaarte en/of verblijfplaats is de huisarts of specialist ouderengeneeskunde de regiehouder. De regiehouder heeft een coördinerende rol met betrekking tot het spreken over het levenseinde en het vastleggen van behandelbeleid/beperkingen. Zowel de arts als de patiënt en zijn naasten kunnen het initiatief nemen voor het gesprek.



Elke hulpverlener kan te maken krijgen met toename van kwetsbaarheid bij een patiënt, ideeën of vragen over de toekomst, vragen over eventuele behandelmogelijkheden of vragen over de gezondheid van de patiënt. Belangrijk is dat **alle hulpverleners**:

- (Toenemende) kwetsbaarheid en/of behoefte tot spreken over het levenseinde signaleren
- Kwetsbaarheid en wensen met betrekking tot kwaliteit van leven bespreekbaar maken
- Bewustzijn creëren bij patiënt over eigen regie met betrekking tot afspraken passende zorg voor de laatste levensfase
- Patiënten stimuleren om deze onderwerpen te bespreken met de arts.
- De arts informeren over patiënten die tot de doelgroep behoren en waarmee gesproken moet worden over de laatste levensfase.
- Verandering in de situatie in relatie tot wensen m.b.t. kwaliteit van leven signaleren

Taken	Huisarts	Medisch Specialist	SO	Wijkvpk/ Gespec. vpk/ VS/POH	Vpk/ verzorg
Signaleren toenemende kwetsbaarheid	x	x	x	x	x
Markeren kwetsbare patiënt	X Hb*	X Hb*	X Hb*		
Bespreekbaar maken met patiënt	x	x	x	x	x
Bewustzijn eigen regie creëren bij patiënt m.b.t afspraken over passende zorg	x	x	x	x	x
Patiënten stimuleren om in gesprek te gaan met arts over passende zorg	x	x	x	x	x
Informerende arts over patiënten die tot de doelgroep behoren en waarmee gesproken moet worden over de laatste levensfase.		x	x	x	x (via wijkvpk)
Signaleren van verandering in de situatie in relatie tot wensen kwaliteit van leven	x	x	x	x	x
Evalueren van de behandelafspraken in relatie tot kwaliteit van leven	X Hb*	X Hb*	X Hb*		
Gesprekken over wensen in de laatste levensfase als voorbereiding op de besluitvorming behandelbeleid door arts en patiënt.	x	x	x	<b>x</b>	
Vaststellen behandelbeleid c.q. beperkingen en vastleggen in HiX <sup>1</sup>	X Hb*	X Hb*	X Hb*		

\* Hb = Hoofdbehandelaar

## Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het identificeren en markeren van kwetsbaarheid en deze te bespreken in relatie tot behandelbeleid OF door te geven aan de huisarts of SO. Alleen de hoofdbehandelaar kan behandelbeperkingen vastleggen in HiX<sup>1</sup>.

Verder is het aan de hoofdbehandelaar om behandelafspraken die zijn vastgelegd periodiek te evalueren. Het is aan de inschatting van de hoofdbehandelaar wanneer dit zinvol is, maar tenminste bij opname in het ziekenhuis, woonzorgcentrum of verpleeghuis. Bij voorkeur worden, met toestemming van de wilsbekwame patiënt, naasten betrokken bij besluitvormingen. In het geval van een wilsonbekwame patiënt moet de (wettelijk) vertegenwoordiger betrokken worden. Alle artsen kunnen elkaar consulteren voor aanvullende info die voor de besluitvorming van belang is.

## Huisarts

De huisarts is de hoofdbehandelaar van zijn/haar eigen patiënten, tenzij er nadrukkelijk sprake is van een voortgezette behandeling in het ziekenhuis.

De huisarts kent en behandelt de kwetsbare patiënt met hulpvragen die in zijn praktijk staan ingeschreven. Door de brede blik is de huisarts bij uitstek de behandelaar die de regierol heeft voor genoemde groep patiënten.

<sup>1</sup> HiX=Hospital information Xchange (voorheen Elektronisch ziekenhuis informatie systeem, Ezis)

## Proactief beleid kwetsbare patiënten

De huisarts speelt, samen met de praktijkondersteuner huisarts en/of wijkverpleegkundige en medewerkers sociaal team, een proactieve rol in de zorg voor kwetsbare patiënten; Daarbij kan de huisarts samenwerken met de specialist (ouderengeneeskunde).

De volgende stappen worden onderscheiden: (afgeleid van het werkmodel 'Geïntegreerde Zorg voor Ouderen' (GZO)).

### *Casefinding:*

- Actieve opsporing van kwetsbare patiënten. Hierbij maakt de huisarts gebruik van informatie uit het HIS, eigen informatie of/en informatie van de wijkverpleegkundigen en het sociaal (wijk)team.
- beoordelen van elke patiënt die op het spreekuur komt of een visite aanvraagt of hij/zij tot de doelgroep kwetsbare patiënten behoort.

### *Analyse kwetsbaarheid*

Als blijkt dat er sprake is van kwetsbaarheid, onderzoekt de huisarts (gedelegeerde taak voor POH/wijkverpleegkundige) op een gestructureerde manier<sup>2</sup> de aard, omvang en gevolgen van de kwetsbaarheid, al of niet met verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist.

### *Opstellen zorgplan en anticiperend beleid*

- Vaststellen benodigde (medische) zorg
- Voeren van gesprek m.b.t. behandelwensen/beperkingen (informatie over beloop ziekte, behandelopties, mogelijke evidence-based gevolgen van behandelingen, kansen op blijvende schade, evt. levensverwachting). De voorbereiding hiervan kan gedaan worden door de wijkverpleegkundige, de specialistisch verpleegkundige of de POH
- Indien van toepassing scenario's bespreken (als....dan...)
- De huisarts kan de medisch specialist en specialist ouderengeneeskunde laagdrempelig consulteren voor noodzakelijke informatie met betrekking tot beleidsbeslissingen
- De huisarts registreert het gesprek en de uitkomsten van het gesprek in HiX.
- De huisarts evalueert de afspraken minimaal jaarlijks. Bij grote veranderingen in de gezondheid van de patiënt worden de afspraken altijd opnieuw besproken, getoetst en indien nodig aangepast.

## **Specialist ouderengeneeskunde**

De specialist ouderengeneeskunde is hoofdbehandelaar van patiënten die onder zijn/haar verantwoordelijkheid vallen.

- Bij de verhuizing naar een verpleeghuis- of unit met verpleeghuiszorg wordt kort na opname met de patiënt gesproken over wensen m.b.t. de laatste levensfase met de patiënt gesproken over wensen met betrekking tot de laatste levensfase en worden afspraken hierover vastgelegd in het HiX en zorgleefplan. Dit wordt actueel gehouden tijdens de halfjaarlijkse zorgleefplanbesprekingen.
- De huisarts kan een consult vragen bij de specialist ouderengeneeskunde voor de kwetsbare oudere patiënten. Specialisten ouderengeneeskunde hebben – door de aard van hun patiëntengroep – meestal ruime ervaring in anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde.

---

<sup>2</sup> Gevalideerd instrument zoals Easycare-TOS, TRAZAG



## Medisch specialist

- De medisch specialist is hoofdbehandelaar van de patiënten die hij/zij opgenomen heeft en is verantwoordelijk voor het identificeren van kwetsbare patiënten uit de doelgroep zoals hierboven benoemd.
- Wanneer de patiënt tot de doelgroep behoort en er nog niet gesproken is over behandelbeleid in de laatste levensfase zal hij hierover OF in gesprek gaan met de patiënt, OF dit bespreken met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde van de patiënt.
- De medisch specialist heeft de verantwoordelijkheid om de huisarts of specialist ouderengeneeskunde van relevante specialistische informatie te voorzien zodat deze een adequaat gesprek over passende zorg in de laatste levensfase kan voeren. De medische specialist kan ook de patiënt adviseren hierover met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde in gesprek te gaan.
- De medisch specialist registreert hetgeen besproken is in HiX.

## (Wijk)verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist en POH

- De (wijk)verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist of praktijkondersteuner huisarts kan in afstemming met de hoofdbehandelaar gesprekken voeren over behandelbeleid en/of beperkingen, echter de besluitvorming ligt bij de hoofdbehandelaar en patiënt. Zij kan in gesprek gaan over wensen met betrekking tot de laatste levensfase:
  - door nader in te gaan op de wensen en behoeften van de patiënt ten aanzien van de laatste levensfase, op waar de patiënt zich zorgen over maakt, op wat hij/zij beslist niet zou willen meemaken en waarom niet, op welk lijden hij/zij het meest vreest. Hierbij kan worden gedacht aan reanimatie, ziekenhuisopnames, operaties en opnames op de ICU
  - door informatie te geven over ziektebeeld(en) en evidence-based informatie over verwachtingen van het verloop van de ziekte, mogelijke klachten en complicaties, over de uitkomsten van behandelingen, kansen op blijvende schade.
- De uitkomst van deze gesprekken worden besproken met de hoofdbehandelaar.
- De hoofdbehandelaar blijft eindverantwoordelijk voor besluitvorming met de patiënt en registratie in HiX.

## Verzorgende

- De verzorgende signaleert veranderingen in kwetsbaarheid en geeft de noodzaak om bestaande afspraken te evalueren door aan de wijkverpleegkundige. Cliënten begeleiden in hun ziekteproces omvat ook het praten over het levenseinde. Dit hoort er 'gewoon' bij. Praten over het levenseinde is niet één gesprek maar een reeks van gesprekken die er misschien toe kunnen leiden dat de patiënt behandelbeperkingen af wil spreken. De verzorgende is vaak door het regelmatige contact met de kwetsbare ouderen goed in staat kwetsbaarheid, achteruitgang of levensvragen bij de cliënt te signaleren.
- Vanuit het besef dat het nooit te vroeg is om over de laatste levensfase te praten en het goed is dat de patiënt tijdig bewust stil staat bij dit onderwerp, bespreekt de verzorgende met de patiënt hoe het gaat, wat kwaliteit van leven is voor de cliënt en wat hij/zij belangrijk vindt in de laatste levensfase. Door dit gesprek kan de verzorgende de patiënt helpen zijn/haar gevoelens, gedachten en wensen te ordenen.
- Wanneer duidelijk wordt dat een gesprek over behandelbeperkingen gewenst is bespreekt de verzorgende dit met de (wijk)verpleegkundige.



## 4. Verslaglegging ‘Afspraken rondom het levenseinde’

### **Hospital information Xchange (HiX) als centrale bron (voorheen Ezis<sup>3</sup>)**

De medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde noteren de afgesproken behandelbeperkingen in HiX, onder het tabblad behandelbeperkingen. Dit tabblad geldt als centrale bron voor afspraken op het gebied van behandelbeperkingen.

### **Wat registreert de hoofdbehandelaar?**

- Of er sprake is van een behandelbeperking en zo ja, welke
- Wat de belangrijkste reden (overweging) is
- Wat de inhoudelijke motivatie is
- Met wie deze afspraken zijn gemaakt
- Datum waarop de afspraken zijn gemaakt
- Wensen die (indirect) van invloed zijn op het behandelbeleid, b.v. thuis willen overlijden, laatste fase thuis willen doorbrengen
- Of patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld
- Indien er gesproken is over het levenseinde en de wensen van de cliënt, en er besloten is tot geen behandelbeperkingen, wordt dit tevens geregistreerd in HiX

### **De Patiënt en/of zijn mantelzorger**

- Wanneer een patiënt afspraken heeft gemaakt is het gewenst dat hij/zij in het bezit is van een schriftelijke vastlegging van zijn wilsverklaring in een steeds geactualiseerd document. De patiënt (en/of zijn mantelzorger) is zelf verantwoordelijk om een geactualiseerde versie binnen handbereik te hebben.
- De patiënt kan in ‘Mijn Slingelandziekenhuis’ de gemaakte afspraken bij het tabblad ‘behandelbeperkingen’ inzien.

### **Huisarts Informatie Systeem (HIS)**

- De huisarts noteert de behandelbeperkingen behalve in HiX ook in het HIS met ICPC codering A 20.
- Een wilsverklaring of levenstestament kan als document in gescand worden in het HIS.
- Indien er een individueel behandelplan is worden de afspraken ook hierin vastgelegd.

### **Verpleeghuis elektronisch cliëntdossier (ECD)**

De specialist ouderengeneeskunde noteert de behandelbeperkingen behalve in HiX ook in het verpleeghuis Elektronisch Cliënten Dossier. Een wilsverklaring of levenstestament kan als document in gescand worden in het ECD.

---

<sup>3</sup> Ezis= Elektronisch ziekenhuis informatie systeem

## 5. Overdracht afspraken behandelbeleid-/beperkingen

**In principe staan in de toekomst alle afspraken met betrekking tot behandelbeperkingen in HiX. Een verwijzing naar Hix zou op het overdrachtsformulier voldoende zijn. Echter, op dit moment is nog niet alle informatie met betrekking tot afgesproken behandelbeperkingen van alle patiënten verwerkt in Hix. Overdracht van deze afspraken is daarom voorlopig nog nodig. ‘De behandelbeperking genoteerd in het HIS wordt automatisch in de overdracht via Zorgdomein meegenomen als deze als <probleem inclusief codering A 20> opgenomen is.**

### **Naar polikliniek en bij geplande opname Slingeland Ziekenhuis**

De verwijzend arts is verantwoordelijk voor het noteren van de afspraken m.b.t. behandelbeleid- en beperkingen en eventuele relevante informatie m.b.t. kwaliteit van leven welke van invloed is op het medische beleid in de verwijsbrief. Tevens vermeld de verwijzend arts met wie deze zijn besproken en wanneer. Ook als er géén beperkingen zijn afgesproken, maar wel het gesprek is gevoerd.

### **Bij acute opname in het Slingeland Ziekenhuis**

Wanneer de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of psychiater verwijst is deze verantwoordelijk voor de overdracht van afspraken m.b.t. behandelbeleid- en beperkingen en eventuele relevante informatie m.b.t. kwaliteit van leven welke van invloed is op het medisch beleid in de verwijsbrief.

Wanneer er geen verwijsbrief is, is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk om bij een kwetsbare patiënt HiX<sup>4</sup> te raadplegen m.b.t. afspraken behandelbeperkingen. Indien mogelijk word bij alle patiënten vanaf de leeftijd van 16 jaar gevraagd of behandelbeperkingen aan de orde zijn.

### **Ontslag van Slingeland ziekenhuis naar huis, woonzorgcentrum of verpleeghuis**

- De hoofdbehandelaar in het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het noteren van de afspraken m.b.t. het behandelbeleid- en beperkingen en eventuele relevante medische informatie die een rol gespeeld hebben bij de gemaakte afspraken, in de ontslagbrief. Tevens vermeld de hoofdbehandelaar met wie de afspraken zijn besproken en wanneer. Ook als er géén beperkingen zijn afgesproken, maar wel het gesprek is gevoerd.
- Na overdracht zorgt de huisarts of SO dat relevante betrokken professionals geïnformeerd worden.

### **Naar Huisartsenpost (HAP)**

De huisarts is verantwoordelijk voor een tijdige overdracht van afspraken m.b.t. het behandelbeleid- en beperkingen naar de HAP. Bij ontslag uit het ziekenhuis naar huis of woonzorgcentrum op vrijdagmiddag of in het weekend zorgt de medisch specialist voor een ontslagbrief met daarin o.a. het behandelbeleid- en beperkingen en eventuele relevante medische informatie die een rol gespeeld hebben bij de gemaakte afspraken. Deze brief is door verleende autorisatie aan de HAP in te zien door de dienstdoende huisarts.

### **Naar Centrale Post Ambulance (Meldkamer Oost Nederland, MON)**

Bij vervoer wil de ambulance op de hoogte zijn van het reanimeerbeleid en overige behandelbeperkingen. Dit kan op de volgende manieren:

- Wanneer een arts de ambulance laat komen, is deze verantwoordelijk voor de overdracht van behandelbeperkingen aan de ambulance verpleegkundige. Op dit moment gaat dat mondeling. Bij aanvraag van een ambulancerit worden de behandelbeperkingen door de arts gemeld aan de meldkamer. Deze maakt een notitie op de ritbon. Daarnaast wordt het meldkamergesprek gelogd;
- Wanneer familie of patiënt via 112 (free call) de ambulance laat komen, is de patiënt verantwoordelijk voor het doorgeven van eventuele behandelbeperkingen.

---

<sup>4</sup> HiX=Hospital information Xchange (voorheen Elektronisch ziekenhuis informatie systeem, Ezis)

# BIJLAGE SPIC T



## Ondersteunende en Palliatieve Zorg Indicatoren Tool (SPIC T-NL™)



**De SPIC T is een handreiking om personen te identificeren die een verhoogd risico hebben achteruit te gaan of te overlijden. Inventariseer onvervulde behoeften aan ondersteunende en palliatieve zorg bij deze personen.**

### Ga na of algemene indicatoren met betrekking tot achteruitgaande gezondheid aanwezig zijn

- Ongeplande ziekenhuisopnames.
- Functionele status is laag of gaat achteruit met beperkt herstelvermogen; (overdag 50% of meer immobiel in bed of stoel).
- Afhankelijk van anderen voor meeste zorgbehoeften ten gevolge van fysieke of mentale problemen.
- De mantelzorger heeft meer ondersteuning nodig.
- Significant gewichtsverlies gedurende de afgelopen 3-6 maanden en/of een lage BMI.
- Persistent symptomen ondanks optimale behandeling van elke onderliggende aandoening.
- De persoon of de familie vraagt om palliatieve zorg, afzien van (verdere) behandeling of een focus op kwaliteit van leven.

### Ga na of er klinische indicatoren van een of meer gevorderde ziekte zijn

#### Kanker

Functionele achteruitgang ten gevolge van progressieve gemetastaseerde kanker.  
Te kwetsbaar voor behandeling van de kanker, of de behandeling is gericht op symptoomcontrole.

#### Dementie/kwetsbaarheid

Niet in staat zichzelf aan te kleden, te lopen of eten zonder hulp.  
Eet of drinkt minder; progressieve slikproblemen.  
Incontinentie voor urine en ontlasting.  
Niet langer in staat tot verbale communicatie.  
Heupfractuur; frequent vallen.  
Recidiverende koortsepisodes en/of infecties; aspiratiepneumonie.

#### Neurologische ziekte

Progressieve achteruitgang van fysiek en/of cognitief functioneren ondanks optimale behandeling.  
Spraakproblemen met toenemende communicatieproblemen en/of progressieve slikproblemen.  
Recidiverende aspiratiepneumonie; dyspnoe of respiratoir falen.

#### Hart-/vaatziekte

NYHA klasse III/IV hartfalen, of uitgebreid, onbehandelbaar coronairlijden met:  
• dyspnoe of pijn op de borst in rust of bij geringe inspanning.  
Serius, inoperabel perifeer vaatlijden.

#### Respiratoire aandoening

Ernstige, chronische longziekte met:  
• in de periode tussen exacerbaties: kortademigheid in rust of bij geringe inspanning.  
Chronisch zuurstofafhankelijk.  
Heeft beademing nodig gehad in verband met respiratoir falen, of beademing is gecontraïndiceerd.

Achteruitgang en risico op overlijden bij elke andere aandoening of irreversibele complicatie.

### Inventarisatie van huidige zorg en toekomstige zorgplanning.

- Beoordeel de actuele behandeling en medicatie kritisch zodat de persoon optimale zorg krijgt.
- Overweeg verwijzing naar specialistische palliatieve zorg of een andere deskundige wanneer symptomen en behoeften complex zijn en moeilijk hanteerbaar.
- Bepaal in gezamenlijke besluitvorming met de persoon en familie de huidige en toekomstige doelen van zorg en maak een zorgplan met hen. Leg het zorgplan vast, communiceer en coördineer het.
- Plan vooruit als de persoon kans heeft op verlies van wilsbekwaamheid.

Gefelieve te registreren op de website SPIC T ( www.spic t.org.uk ) voor informatie en updates.

SPIC T™, april 2016

# BIJLAGE Checklist 'Praten over het levenseinde' KNMG

Checklist

## Praat op tijd met uw patiënt over het levenseinde



### Tips en bespreekpunten om het gesprek met uw patiënt goed te laten verlopen

Praten over sterven is niet altijd makkelijk. Zowel patiënten als dokters vinden het vaak een moeilijk onderwerp. Maar een tijdig gesprek over verwachtingen en wensen is cruciaal om passende zorg in de laatste levensfase te realiseren. Dit vergt van uw kant betrokkenheid en een proactief beleid. Maar hoe begint u, en wat bespreekt u tijdens dit vaak moeilijke maar belangrijke gesprek?

#### Wat kunt u bespreken?

De bespreekpunten zijn een hulpmiddel om vooraf uw gedachten te ordenen, het gesprek te structureren en samen met de patiënt de keuzemogelijkheden te bespreken. Niet alle bespreekpunten zijn op elk moment relevant, maar het is wel belangrijk samen met de patiënt vast te stellen of iets belangrijk is en er eventueel later op terug te komen.

#### Huidige situatie

- ▶ Hoe is de gezondheidstoestand?
- ▶ Waarom is dit gesprek nu al belangrijk?
- ▶ Hoe is de verwachting van het beloop van de ziekte?
- ▶ Wat staat de patiënt te wachten?
- ▶ Heeft de patiënt een ICD?
- ▶ Wil hij of zij dat deze wordt uitgezet?
- ▶ Welke klachten/complicaties kunnen optreden?
- ▶ Wat kan de arts doen?
- ▶ Wie of wat kan er nog meer van betekenis zijn als deze klachten/complicaties zich voordoen?
- ▶ Hoe zal de patiënt zich de komende periode voelen? Welke emoties en gevoelens kunnen naar boven komen?
- ▶ Valt er iets te zeggen over de verwachte levensduur?
- ▶ Hoe concreet moet en kunt u daarover zijn? Is er behoefte aan (geestelijke) ondersteuning bij levensvragen?
- ▶ Hoe is de eventuele partner/naaste(n) van de patiënt betrokken?
- ▶ Welke andere zorg en hulpverleners zijn betrokken? Wie heeft waarover de regie en/of verantwoordelijkheid?
- ▶ Welke doelen en verwachtingen heeft de patiënt en hoe realistisch zijn deze?

#### Waar maakt de patiënt zich zorgen over?

- ▶ Voor welk lijden is patiënt bang en waarom?
- ▶ Wat wil de patiënt beslist niet meemaken en waarom?
- ▶ Waar heeft het lijden dat de patiënt vreest mee te maken?
- ▶ Wat is voor de patiënt (nog) belangrijk om gerust afscheid te kunnen nemen?

### Mogelijke en onmogelijke behandelingen

- ▶ Welke medische mogelijkheden zijn er voor het behandelen en verlichten van klachten/complicaties?
- ▶ Welke mogelijkheden zijn er voor het verlengen van het leven?
- ▶ Wat kan daarmee worden bereikt, hoe snel en ten koste van wat?
- ▶ Zijn er behandelingen die medisch zinloos zijn of kunnen worden? Zo ja, waarom? Benoem wat er gebeurt als u niet meer behandelt en wat daarvan het effect op duur en kwaliteit van het leven kan zijn.
- ▶ Wat zijn de voordelen en nadelen van eventuele palliatieve behandelingen?
- ▶ Hoe belastend kunnen deze palliatieve behandelingen zijn? Wat zijn de gevolgen als de patiënt een (palliatieve) behandeling weigert?
- ▶ Overweegt de patiënt zelf te stoppen met eten en drinken?
- ▶ Heeft de patiënt (schriftelijk) vastgelegd in welke situatie(s) hij of zij wel of niet behandeld of gereanimeerd wil worden? Zo ja: is deze wilsverklaring duidelijk geformuleerd? Is er een vertegenwoordiger benoemd? Zijn alle betrokken behandelers, zorgverleners en naasten hierover geïnformeerd?

### Waar wil de patiënt sterven?

- ▶ Kan de patiënt onder alle omstandigheden thuis blijven?
- ▶ Welke maatregelen zijn daarvoor nodig?
- ▶ Hoe wordt dat geregeld en door wie?
- ▶ Wil de patiënt opgenomen worden in het ziekenhuis, verpleeghuis of hospice?
- ▶ Zijn de afspraken met de patiënt en zijn of haar wensen opgetekend in het dossier? Draag deze informatie schriftelijk over bij een opname in het ziekenhuis, verpleeghuis of hospice.
- ▶ Is er een (schriftelijk) euthanasieverzoek of zijn er andere wilsverklaringen?

### Tips om het gesprek goed te laten verlopen

- ▶ Wijs de patiënt erop dat hij of zij bijvoorbeeld de partner, een kind of goede vriend kan meenemen naar het gesprek.
- ▶ Voorkom vaktermen. De begrippen in de achtergrondinformatie kunnen u en de patiënt ondersteunen.
- ▶ Geef niet teveel informatie in één keer. U kunt beter het gesprek faseren. Vooral als de patiënt gespannen is, is het voor hem of haar moeilijk om informatie te verwerken.
- ▶ Ga na of de patiënt u heeft begrepen, bijvoorbeeld door hem of haar het besprokene te laten samenvatten. Luister goed.
- ▶ Ga tijdens het gesprek na of u de patiënt heeft begrepen.

Meer informatie en tips vindt u in de handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde'. Er is een artsen- en een publiekversie beschikbaar in de vorm van een e-book en een pdf die eenvoudig kan worden geprint via [knmg.nl/praten-over-levenseinde](http://knmg.nl/praten-over-levenseinde).