



Welkom Albert Event nr.100 Palliatieve zorg

Ontwikkelingen in de regio



www.asz.nl

Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

- verscheen in 2017
- beschrijft wat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan.
- het gaat in op alle aspecten ervan.
- doel van het kwaliteitskader is de palliatieve zorgverlening vanuit de beleving van de patiënt en zijn naaste(n) te verbeteren.

Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

- geeft zorgverleners en zorgorganisaties een eenduidig beeld van wat verstaan wordt onder goede palliatieve zorg
- helpt bij het ontwikkelen van beleid op dit gebied
- zorg die is gebaseerd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten
- niet alleen lichamelijke zorg, maar ook psychische en sociale, en zorg op het gebied van zingeving/religie.



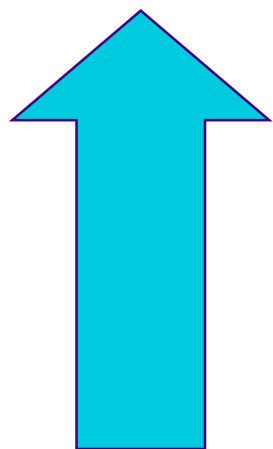
PaTz, een andere focus op palliatieve zorg

Florence Guibert Buiron, Kaderhuisarts PZ, PaTz ambassadeur

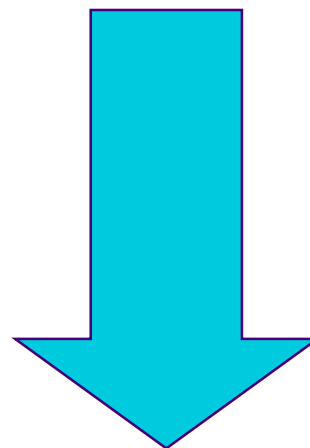
Palliatieve zorg in de eerste lijn: vooruitgang?



albert
schweitzer



Technische
mogelijkheden
Deskundigheid



Samenwerking

Continuïteit



Doel van PaTz



albert
schweitzer

- Tijdig: Advance Care Planning door vroege identificatie en gebruik van het Palliatieve Zorg Register
- Deskundig: Toename van deskundigheid door bespreking van veel casus met elkaar en met consulent palliatieve zorg
- Samen!: Werken aan betere palliatieve zorg in de eerstelijns;
 - elkaar kennen, kortere lijnen >> betere samenwerking
 - samen aanpakken van knelpunten
 - onderlinge steun bij emotioneel beladen casuïstiek

Wat is een PaTz groep

Een PaTz-groep voldoet aan 4 essentiële kenmerken:

1. Minimaal 6 bijeenkomsten per jaar van huisartsen en (wijk)verpleegkundigen.
2. Onder begeleiding van een consulent palliatieve zorg.
3. PaTz is vroegtijdig identificeren en proactief plannen mbv het Palliatieve ZorgRegister.
4. Deelname aan de jaarlijkse monitoring.

Werkwijze groepen



albert
schweitzer

- Regiogroepen van huisartsen en (wijk)verpleegkundigen
- Tweemaandelijksse bijeenkomsten
- Deskundige begeleiding
- Het vijf stappenplan:
 1. Ken jezelf
 2. Identificeer
 3. Onderzoek
 4. Plan
 5. Leg vast

Onderzoek en evaluatie door het Expertisecentrum
Palliatieve Zorg VUmc

→ Stap 1 - Ken jezelf

- Wat doen we nu, als huisarts, als (wijk)verpleegkundige, als team?
- Wat zijn onze sterke kanten, wat zijn de zwakke?
- Schets kort een situatie die je wilt delen.

→ Stap 2 - Identificeer

- De juiste patiënt voor het palliatieve zorg register.
- Het stadium waarin de patiënt zich bevindt.
- Wie gaat wat doen?

Voorspellen is moeilijk...

- Prognose is onduidelijk
- Denk meer in termen van benodigde zorg
- Proactieve zorg!

Rainy day thinking



*'hope for the best
but prepare for the worst'*

De 'Surprise Question'



albert
schweitzer

Zou het me verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?



Is het antwoord 'Nee'...

Dan opnemen in het PaTz register en proactief denken over mogelijke scenario's

Stap 1

Stel de 'Surprise Question'

Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?

NEE

Twijfel

JA

Stap 2

Zijn er
algemene
symptomen?

evalueer
regelmatig

JA

Twijfel

NEE

Stap 3

Zijn er
specifieke
symptomen?

evalueer
regelmatig

JA

NEE

evalueer
regelmatig

begin met PaTz

Identificeer zet patiënt in het palliatieve
zorgregister en ken een kleurcode toe
Onderzoek maak een zorgplan met patiënt,
familie, naasten en andere hulpverleners
Plan zorg
plan, verleen en monitor de afgesproken
zorg

De SPICT is een handreiking om personen te identificeren die een verhoogd risico hebben achteruit te gaan of te overlijden. Inventariseer on vervulde behoeften aan ondersteunende en palliatieve zorg bij deze personen.

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

- Ongeplande ziekenhuisspnames.
- 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.
- Persisterende 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.

Serieus, 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.

Nierziekte

Stadium 4 of 5 chronisch nierfalen (eGFR<30 ml/min) met achteruitgaande gezondheid.

Nierfalen ten gevolge van andere levensverkortende ziekten of behandelingen.

Staken van dialyse.

Leverziekte

Gevorderde levercirrhose met één of meer complicaties in het afgelopen jaar:

- Diuretica-resistente ascites.
- Hepatische encefalopathie.
- Hepatorenale syndroom.
- Bacteriële peritonitis.
- Recidiverende varicesbloeding.

Levertransplantatie is gecontraïndiceerd.

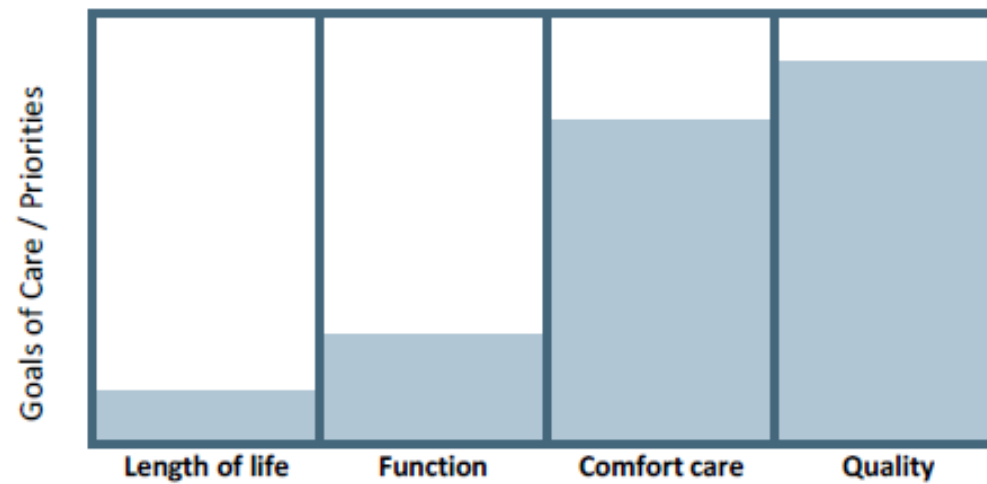
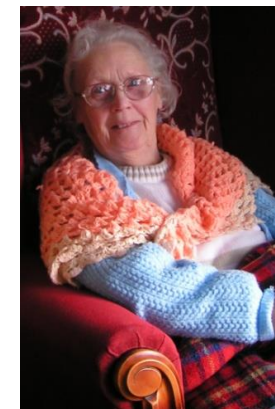
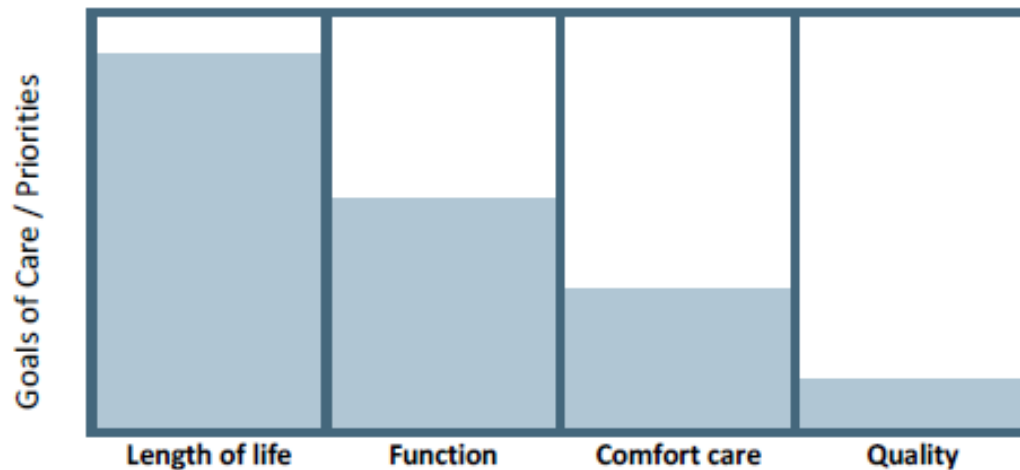
SPICT-NL

hulpmiddel bij identificeren

→ Stap 3 - Onderzoek

- Wat is er medisch nodig?
- Wat zijn de persoonlijke vragen van de patiënt?
- Wat hebben de verzorgers van de patiënt nodig?

Zorgdoelen



Invloed van dimensies op symptomen: 'Total Pain'



albert
schweitzer

Fysieke klachten

Bijwerking behandeling
Slapeloosheid
Vermoeidheid

Sociaal

Zorg om familie
Verlies van baan en inkomen
Verlies van sociale positie
Verlies van rol in gezin
Eenzaamheid en isolatie

Psychische klachten

Rouw
Boosheid over late diagnose
Niet aanslaan van behandeling
Aantasting uiterlijk
Angst voor pijn en dood
Hulpeloosheid

Spiritueel

Waarom gebeurt dit met mij?
Wat is hiervan de zin?

LEVENSEINDE

Synoniemen

Overlijden, Doodgaan, Wensen voor het levenseinde,
Wilsverklaring, Reanimatie, Euthanasie

- Het is belangrijk om met uw arts te praten over het laatste stuk van uw leven.
- Wat zijn uw vragen, wensen en verwachtingen?
- Kunt en wilt u gereanimeerd worden bij een hartstilstand?
- Wat is lijden voor u? Welke behandelingen zijn er om pijn en lijden te verlichten?
- Wilt u een behandeling wel of juist niet? Maak dan een wilsverklaring.
- Denkt u aan euthanasie?
- Hoe kunt u uw leven zo goed mogelijk afronden?

→ Stap 4 - Plan

- Plan medicatie vooruit en extra hulpverlening
- Plan de zorg buiten kantooruren
- Plan de zorg in de laatste levensdagen
- Plan ondersteuning van verzorgers

→ Stap 5 - Evalueer

- Wat ging goed, waar zitten verbeterpunten?
- Gebruik het palliatieve zorg register
- Benchmarking, spiegelinformatie
- Signaleren van terugkerende knelpunten en deze doorspelen aan de netwerkcoördinator pz.

PaTz Portal



albert
schweitzer

Web-based applicatie die PaTz-groepen faciliteert, verrijkt en verbindt met het Netwerk Palliatieve Zorg door oa:

1. het palliatieve zorg register
2. interventies en tools die ondersteunend zijn bij de zorg in complexe situaties
3. automatisch versturen van uitnodiging naar deelnemers aan de PaTz bijeenkomst
4. signalen (leerpunten, knelpunten, scholings-behoefte) noteren tbv de netwerkcoördinator pz

PaTz register

albert
schweitzer

PaTz

PALLIATIEVE THUISZORG

Overzicht

Aandachtspunten

Landelijk

Rob Krol

Start vergadering

Filter op naam

Filter op huisarts

Filter op PaTz-groep

Filter op thuiszorg

Sinds vorige vergadering

Statuscode

Alle PaTz-Groe

Nieuw

Oud

Alles

		Naam	Geboortedatum	Huisarts	Thuiszorg	Statuscode	Datum gewijzigd
+		A Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Stabiel, meer dan een jaar	23-10-2017
+		B Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Palliatief loopt	23-10-2017
+		C Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Palliatief loopt	23-10-2017
+		D Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	onbekend	Veel extra zorg nodig	23-10-2017
+		E Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	Buurtzorg	Crisis	23-10-2017
+		F Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Veel extra zorg nodig	23-10-2017
+		G Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Crisis	23-10-2017
+		H Patient	23-10-1947	Bart Schweitzer	Agathos	Palliatief loopt	23-10-2017
+		H Patiënt	23-10-1947	Bart Schweitzer	ANDERE thuiszorginstelling	Overleden	23-10-2017

Patient toevoegen

Notulen (9 oktober 2017)

PaTz Portal bevat interventies & tools



albert
schweitzer

Interventies & Tools					
Overdracht naar HAP	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
USD	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
SBARR PZ	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
ContinuïteitsHuisBezoek (CHB)	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
Gezamenlijk Huisbezoek	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
PaTz verbreden met andere discipline(s)	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
Consultatief Palliatief Team	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
Zorgpad Stervensfase	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	
ADA (After Death Analysis)	Ja	Nee	Geadviseerd	Notitie	

Resultaten evaluatie onderzoek VUmc EMGO+



albert
schweitzer

1. Huisartsen en (wijk)verpleegkundigen: zeer positief, meer onderling contact, vertrouwen, coördinatie.
2. **Vroeger signaleren** van palliatieve fase en zorgbehoeften.
3. Register bevordert **tijdige inzet palliatieve behandeling**, bespreken van levensverwachting, klachten en levensvragen en vastleggen gewenste plaats v overlijden
4. Bespreking op PaTz bijeenkomst leidt tot **minder ziekenhuisopnamen in de laatste levensmaand**

PaTz stand van zaken



albert
schweitzer

- 233 groepen in Nederland in 2020!

- Erkenning:
‘Goed Voorbeeld’ ZonMw

- Aanbevolen door PalHAG/N

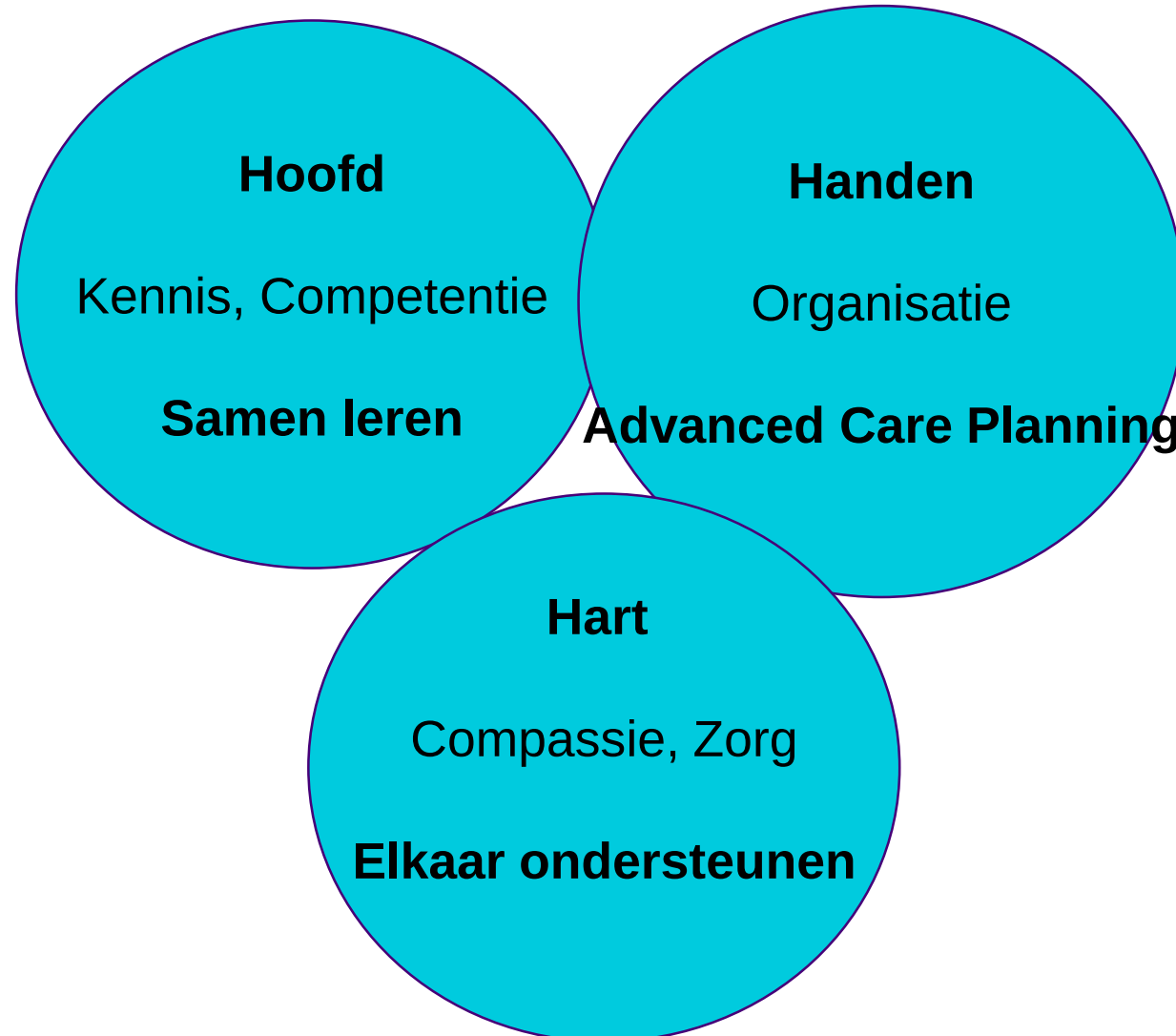


- Info: www.patz.nu of mail naar: info@patz.nu

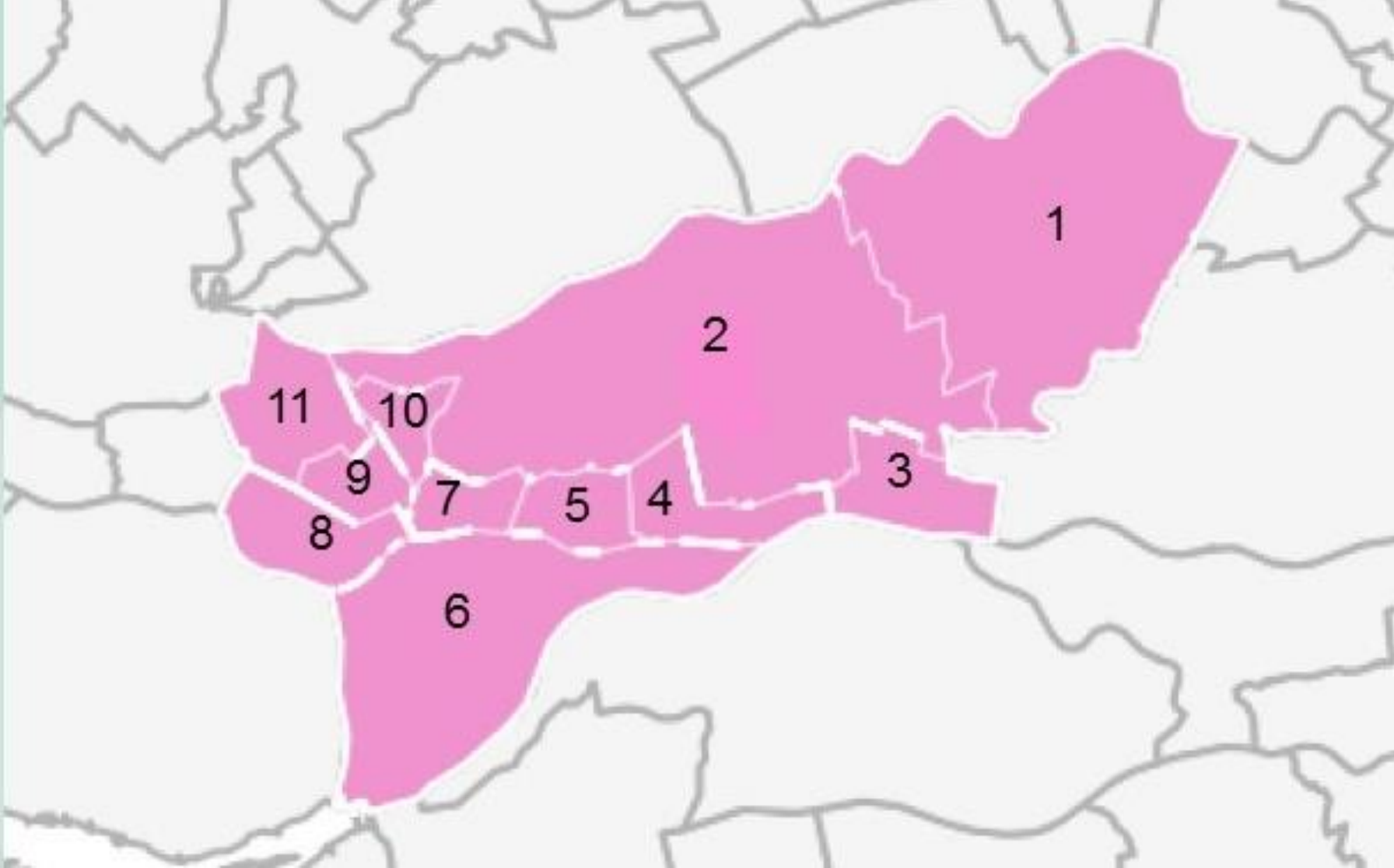
“Hoeksteen van palliatieve zorg in de eerstelijns!”

Palliatieve zorg: hoofd, handen en hart

albert
schweitzer



PaTz-groep maakt het werk minder eenzaam..



1. Vijfheerenlanden
2. Molenlanden
3. Gorinchem
4. Hardinxveld-Giessendam
5. Sliedrecht
6. Dordrecht
7. Papendrecht
8. Zwijndrecht
9. Hendrik-Ido-Ambacht
10. Alblasterdam

Transmurale samenwerking

Netwerk palliatieve zorg Waardenland

Netwerk  Palliatieve Zorg
Waardenland

Palliatieve zorg in de thuissituatie



- Te weinig overlijdens om voldoende ervaring op te doen met de breed uiteenlopende en vaak complexe problematiek.
- gemiddeld vijf patiënten in de palliatieve fase onder behandeling.
- Huisartsen zijn weliswaar veel bekender met palliatieve zorg dan vroeger, maar velen zijn nog steeds onbewust onbekwaam. [Bron: Huisarts en wetenschap 2019](#)

- IKR → (later IKNL) opdracht VWS (2004) landelijk dekkend consultatiesysteem voor palliatieve zorg
- regionale multidisciplinaire teams met gespecialiseerde consulenten palliatieve zorg
- Een palliatief consulent kan huisartsen helpen beter te anticiperen op het palliatieve traject
- Nu ondergebracht bij Fibula, lid coöperatie PZNL → [Palliaweb](#)
Kennisplatform palliatieve zorg

STICHTING FIBULA

landelijke organisatie netwerken palliatieve zorg

- Huisartsen zouden meer gebruik moeten maken van de mogelijkheden tot consultatie en kennisverwerving over palliatieve trajecten. [Bron: Huisarts en wetenschap 2019](#)

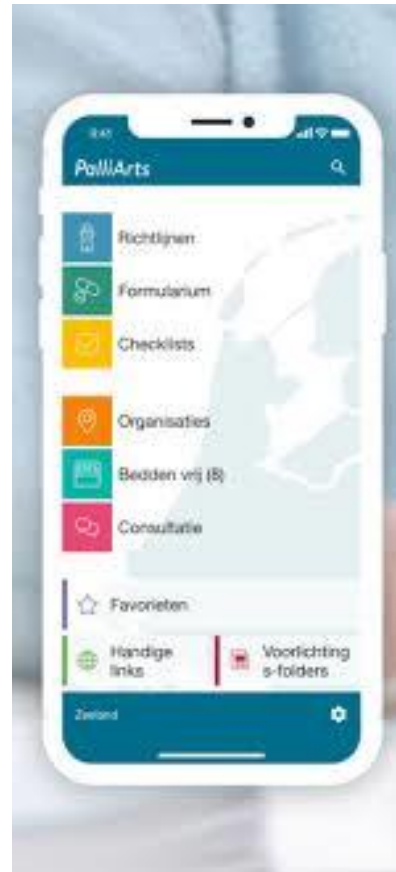
- Kennis over de palliatieve zorg. Maar twijfel en vragen kunnen er zijn.



Palliatieve zorg in
de huisartsenpraktijk

Richtlijnen palliatieve zorg
(pallialine.nl) geven zorgprofessionals
houvast.

Palliatieve thuiszorggroep → PaTz
samenwerking in de 1^e lijn.



PalliArts app (Gratis)
Onder andere:

- Palliatief formulairum
- Overzicht van alle medicatie uit de richtlijnen inclusief toedieningsvormen, doseringen, bijwerkingen en andere informatie
- Omrekentabel voor opioïden

Wens: Vrije hospicebedden

Het kwaliteitskader

Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) geeft zorgverleners en zorgorganisaties een eenduidig beeld van wat verstaan wordt onder goede palliatieve zorg.

Domein 2: Structuur en proces



Netwerk 2.8

Standaard: Effectief en efficiënt *samenwerken* om te voorzien in de wensen en behoeften van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten.

Criteria

4. Voor patiënten van wie de noden de mogelijkheden van de generalistische zorgverlener te boven gaan, bestaat 24 uur per dag, 7 dagen per week de mogelijkheid tot specialistische consultatie.

werkwijze

- Verpleegkundige voorwacht
- Medische achterwacht
- Telefonisch consult voor gratis en vrijblijvend overleg en/of een op maat gesneden advies
- Rapportage in eigen systeem prado (AVG-proof)
- Advies wordt per mail toegestuurd
- Terugbelverzoek; evaluatie effect advies.
- Verantwoordelijkheid voor de zorg wordt niet overgenomen

Telefonische consultatie in 2019:



34 telefonische IKNL-consultatieteams palliatieve zorg
327 in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgprofessionals
6.026 consulten
1,16 consult per patiënt
85% artsen betrokken
77% verpleegkundigen betrokken

Bron: PZNL /IKNL december 2020

Consulenten:

specialisten ouderengeneeskunde,
medisch specialisten, huisartsen en
gespecialiseerd verpleegkundigen.

Waarover kan ik het consultatieteam bellen?

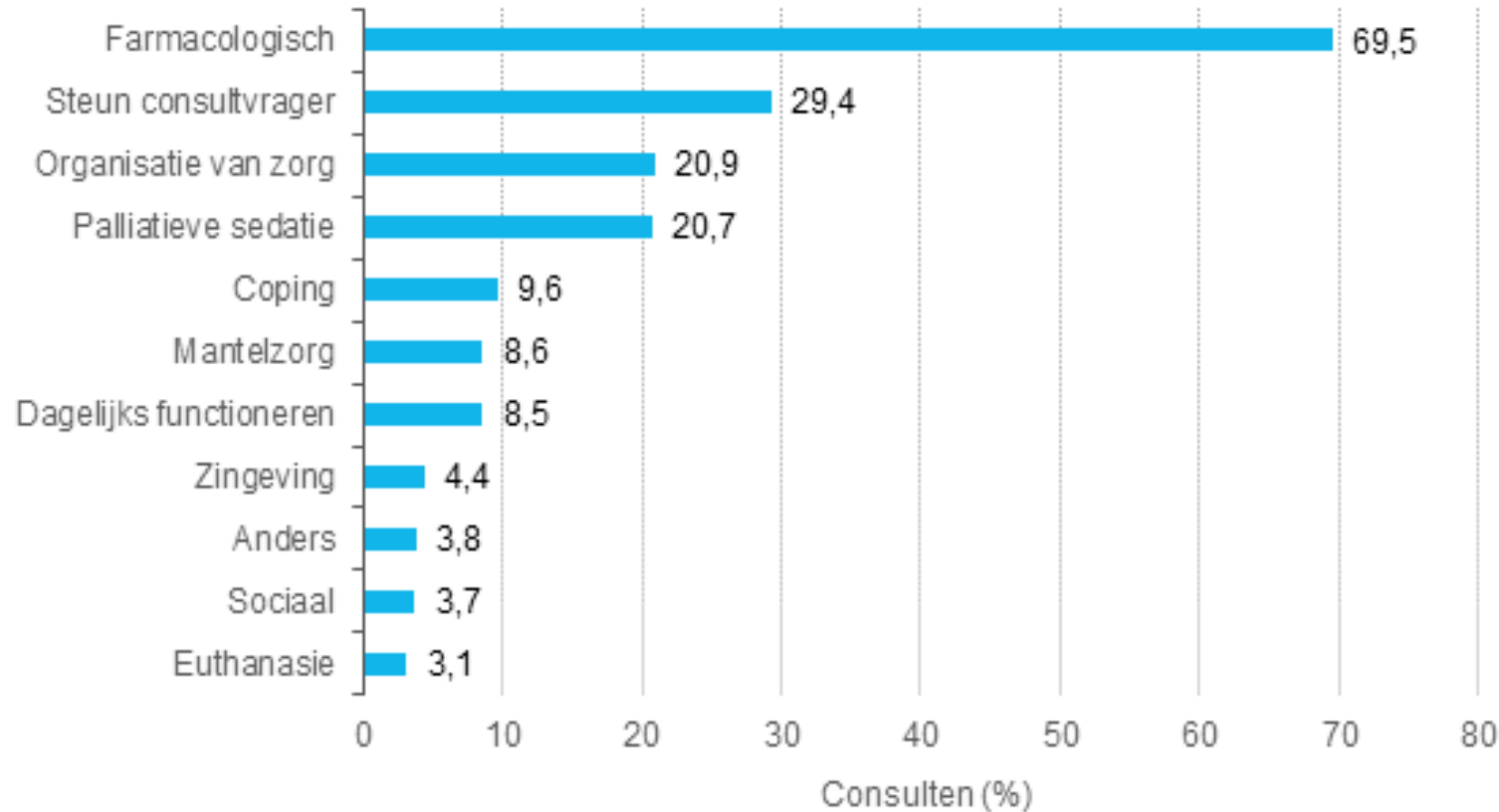
- moeilijk behandelbare symptomen zoals pijn, verwardheid, misselijkheid, dyspnoe, angst of depressie
- beslissingen rondom het levenseinde: stopzetten van vocht en voeding, staken van behandelingen, indiceren en uitvoeren van palliatieve sedatie
- bijzondere medicatietoepassingen, doseringen, toedieningswijze
- problemen op existentieel of spiritueel gebied
- organisatie van zorg, overbelasting van de mantelzorg, sociale kaart.

Enquête IKNL

Consultvragers stellen het advies op prijs.
Bellen vaker terug.
Zijn alerter op de problemen die besproken zijn.



Onderwerpen waarover vragen worden gesteld



IKNL jaarverslag 2019

10.977 problemen geregistreerd, 1,8 probleem per consult

Regionaal consultatieteam palliatieve zorg

- Telefonisch bereikbaar voor alle professionele hulpverleners met vragen over de palliatieve zorg.
- In de regio Drechtsteden, Gorinchem en omstreken
- **24 uur per dag, 7 dagen per week**
- **Telefoonnummer 088- 605 14 66**
- <https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/waardenland/Hulpverleners/Regionaal-Palliatief-Team-Waardenland>



Consultatie, een vorm om kennis te delen!

Bijna-thuis-huis



St. Hospice VTZ Gorinchem

Thuiszorg door
wijkverpleging Rivas

- Vrijwilligers helpen met de verzorging en andere taken
- Verpleegkundige / verzorgende taken door eigen thuiszorg
- Eigen huisarts blijft betrokken bij de zorg tenzij van buiten.
- verpleegkundige in de nacht aanwezig.



Hospice De Cirkel, H.I. Ambacht

Nachtzorg: Rivas en Waardenburgh



Hospice De Cirkel, Papendrecht

Bijna-thuis-huis en palliatieve unit



Hospice de Patio, Dordrecht



Pall. Unit De Rozenhof



Pall. Unit LingesteijnLeerdam

- Verpleegkundigen en verzorgenden die 24/7 zorg geven, zijn vast in dienst van de organisatie
- In de palliatieve units komt de verpleeghuisarts voor de medische zorg
- In bijna-thuis-huis De Patio zijn er 2 vaste huisartsen die de medische zorg geven, indien de bewoner van buiten Dordrecht komt.

Vrijwilligers

- Hospices hebben 1 of meer coördinatoren
- Ieder hospice heeft een grote groep met vrijwilligers die allerlei hand en spandiensten leveren
- Landelijke organisatie VPTZ
- Elke vrijwilliger volgt trainingen en bijscholingen (VPTZ academie)
- Gemiddelde leeftijd ligt hoog
- Passie voor de medemensen en palliatieve zorg
- Ook inzet in de thuissituatie



Vrijwilligers Palliatieve
Terminale Zorg
Nederland

Opname in een bijna-thuis-huis

Opname criteria:

- Levensverwachting is minder dan drie maanden.
- Ieder huis kan zijn eigen criteria opstellen

Verkeerde bed-problematiek?

- Hoe lang gaat het nog duren
- Verlenging van drie maanden

Contra-indicatie:

Bij psychiatrische, psychogeriatrische of complexe familieproblematiek kan het zijn dat voor de cliënt het zorgaanbod niet passend is en daarom niet tot opname overgegaan kan worden. Hierbij kan gedacht worden aan: zwervgedrag, specifieke behoefte aan dagstructuur, gedragsproblemen, overlast voor andere cliënten.

Goede informatie over de zorgsituatie is dus nodig om te voorkomen dat er weer naar een nieuwe verblijfplaats moet worden gezocht!

Palliatief en dementie....

Stadium A:

Geringe mate van verwardheid, kan gepaard gaan met heftige psychische problemen → onrust of probleemgedrag → slechter cognitief functioneren. Een andere ziekte is de primaire oorzaak van sterven.

Stadium B:

Gedragsverandering, onrust, dwalen en decorumverlies. Een andere ziekte is de primaire oorzaak van sterven.

Stadium C:

Bedlegerig, specifieke gedragsaspecten van dementie zijn grotendeels of volledig afgevlakt. Bij deze mensen kan dementie de primaire oorzaak van het sterven zijn.



Het netwerk palliatieve zorg



Knelpunten in de palliatieve zorg?
Meer informatie over wat het netwerk doet?

Johanna Kleingeld

Netwerkcoördinator palliatieve zorg Waardenland
Coördinator consultatieteam palliatieve zorg Waardenland
Coördinator Centrum Levensvragen Drechtsteden Gorinchem e.o.

j.kleingeld@drechtzorg.nl

Mobiel: 06 30 28 56 53

Websites:

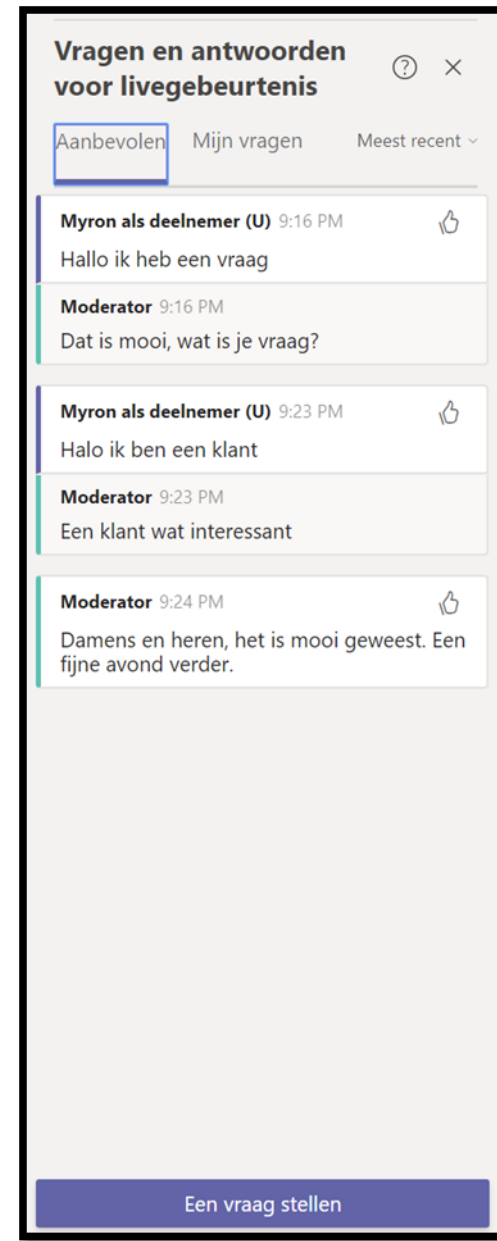
[Netwerkpalliatievezorg Waardenland](#)

[Centrum Levensvragen](#)

LET op!

Gebruik de chatfunctie voor het stellen van vragen ->

Scroll steeds naar beneden voor de meest recente chatberichten.





ACP gesprekken

Gerard Los, Oncologie verpleegkundige Asz, namens het Consultatief Palliatief Team



ACP: wat

Definitie: ‘Advance care planning’ (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts en gespecialiseerd verpleegkundige (zoals oncologie-, long en dialyseverpleegkundige) 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 en om de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten op de wensen en behoeften van de patiënt en diens naaste in de laatste levensfase.

Dit proces informeert de patiënt en geeft hem/haar de regie over zijn/haar huidige en toekomstige behandeling”

Oftewel:

Een goed(e) gesprek(kenreeks) over het levenseinde om de patiënt houvast te geven

In english:

“hope for the best, prepare for the worst”

ACP: waarom

- Uit onderzoek blijkt dat patiënten dit missen
- Patiëntenverenigingen dringen aan op structurele aandacht voor ACP
- Wellicht in volgende SONCOS norm
- NOZ en Oncologiecommissie in het ASZ schrijven in meerjarenplan: “in 2023 wordt aan elke oncologische patiënt in de palliatieve fase minstens 1x een ACP-gesprek(kenreeks) aangeboden.”

ACP: hoe

- Zeer gestructureerd volgens de 5 stappen van Manu Keirse (volgende dia)
- Maar meestal verbrokkeld over meerdere gesprekken
- Liefst als gevolg van een langduriger relatie tussen zorgverlener en zorgvrager en dus een vertrouwensband
- Domeinen verpleegkundige en arts overlappen hierin, dus goede afspraken (per TWG)
- Structureel eigenlijk vooral gewenst voor documentatie, dus het format ProActieve Zorgplanning in Hix

5 stappen volgens Manu Keirse, expert

- 1. Introductie van het onderwerp
- 2. Evalueren van de toekomstverwachtingen
- 3. Identificatie van de doelen voor de laatste levensperiode
- 4. Documenteren van de richtlijnen
- 5. Herzien en updaten van de opties

Klinkt Vlaams, is het ook

Kan toch helpen de gesprekken (achteraf) te structureren

- Verdere uitwerking van deze stappen is te vinden in publicaties van Manu Keirse.

Hulpmiddelen voor de gesprekken

- Info voorbereiding arts/verpleegkundige:
<http://levenseinde.knmg.nl/>
- Hix > patient > EPD Dashboard > Proactieve zorgplanning
- Info voorbereiding patiënt en naasten:
<http://levenseinde.knmg.nl/3.-informatie-voor-de-patient.html>
- Checklist praat op tijd met de dokter over uw levenseinde (KNMG)

In gesprek over
palliatieve zorg

Naar het ziekenhuis? Lees eerst de informatie op www.asz.nl/bmo.

informatie



Discussie/ toekomstwens

- Huisartsen kunnen nu (met moeite en beperkt) in Hix
- Nog dit jaar wordt waarschijnlijk de brief aan huisarts van het CPT advies gerealiseerd. Dus volgens het format ProActieveZorgplanning
- Zo worden de gesprekken (reeksen) overgedragen en hoeft de patiënt niet opnieuw te beginnen
- Andersom zou het wenselijk zijn ook bij insturen een soortgelijk documentje mee te geven, indien er een ACPafspraken is gemaakt.
- Swinhovegroep is dit jaar reeds begonnen met groot project Palliatieve Zorg waarin ACP-gesprek prominente rol vervult. Hoe dit over te dragen bij insturen?