

Transmuraal palliatief zorgpad met proactieve zorgplanning

Oss-Meierijstad-Maashorst

Introductie

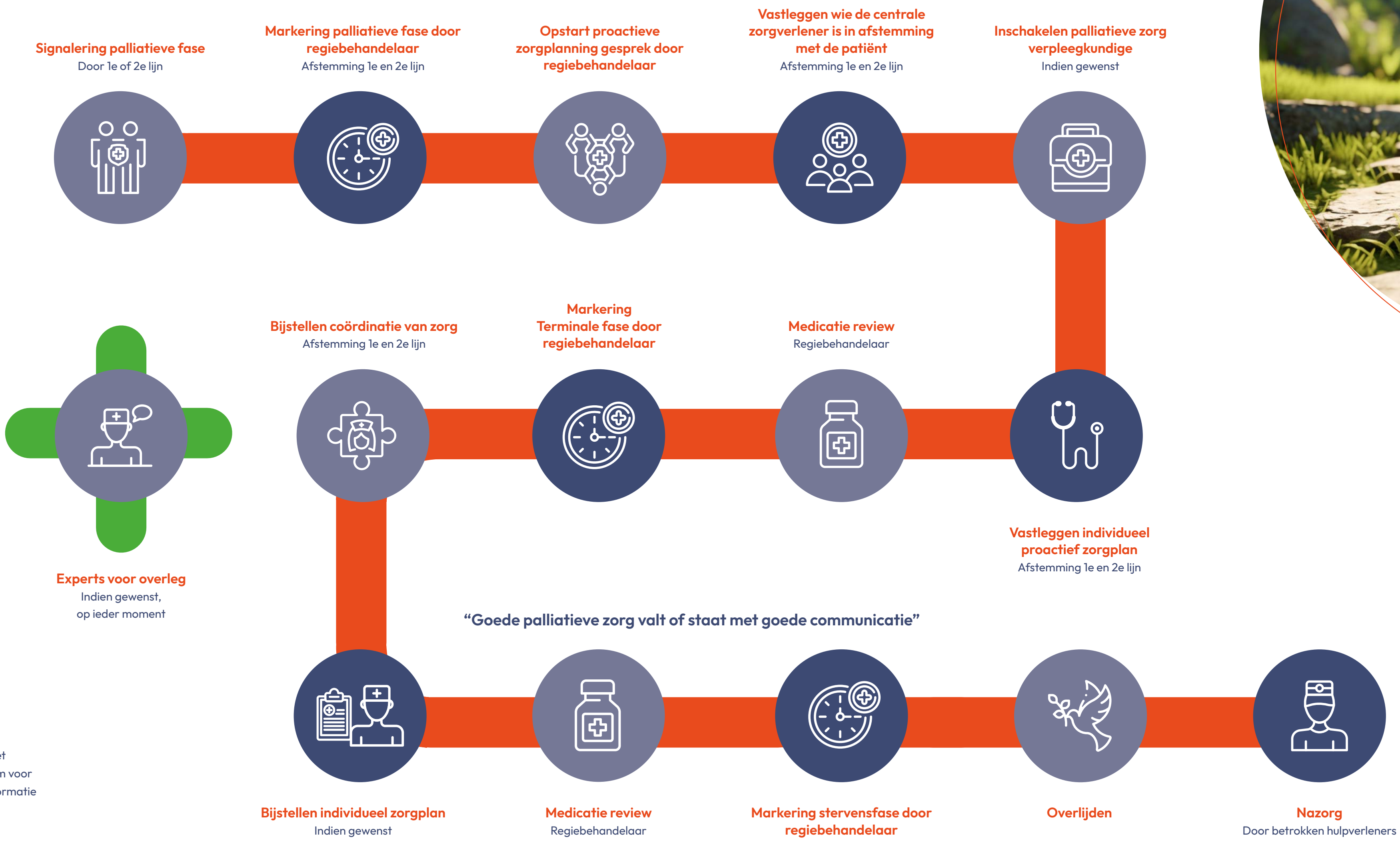
Dit Transmuraal palliatief zorgpad met proactieve zorgplanning is ontstaan vanuit behoefte van zorgvragers en zorgverleners uit de regio Oss-Meierijstad-Maashorst naar een transmurale werkwijze in de palliatieve zorg. Palliatieve zorg is een continu veranderend proces. Door een goed beschreven Transmuraal palliatief zorgpad beogen we de palliatieve patiënt voortdurend te voorzien van zorg op maat gedurende deze fase van het leven. Palliatieve zorg is interdisciplinaire zorg en vraagt om afstemming, goede overdracht en communicatie om de patiënt en zijn of haar naasten zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen in de palliatieve fase. Dit Transmuraal palliatief zorgpad geeft hiervoor handvatten en benoemt op hoofdlijnen wat wiens taak of rol is in die fase en waarom. Tevens worden er instrumenten en methodieken genoemd welke kunnen helpen in het optimaliseren van de palliatieve zorg.



Het doel van dit zorgpad

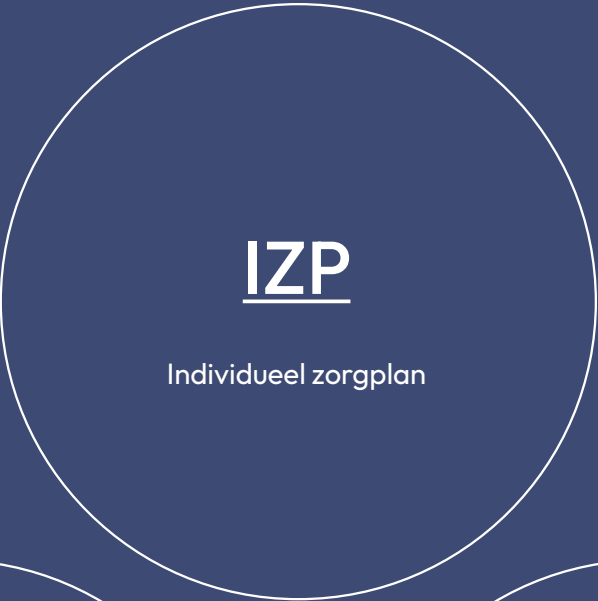
- Betere signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven;
- Zorg en ondersteuning samen met de patiënt en diens naasten vormgeven op basis van behoefte van patiënt;
- Meer preventief en proactief werken in plaats van reactief handelen;
- Verbetering van overdracht en samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals binnen de eerste en tweede lijn;
- Verbeterde en eenduidige werkafspraken;
- Het creëren van duidelijkheid voor de patiënt, diens naasten en betrokken zorgverleners over wie de centrale zorgverlener is en wie de regiebehandelaar in de palliatieve fase.

Ben je ervan bewust dat dit zorgpad een vereenvoudiging is van de werkelijkheid. Het zorgpad suggereert een opeenvolgend 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 inhoudelijk verdieping van de verschillende stappen.



Klik op het pictogram voor meer informatie

Begrippenkader



Klik op de
bolletjes voor
meer informatie





Signalering palliatieve fase



Waarom

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

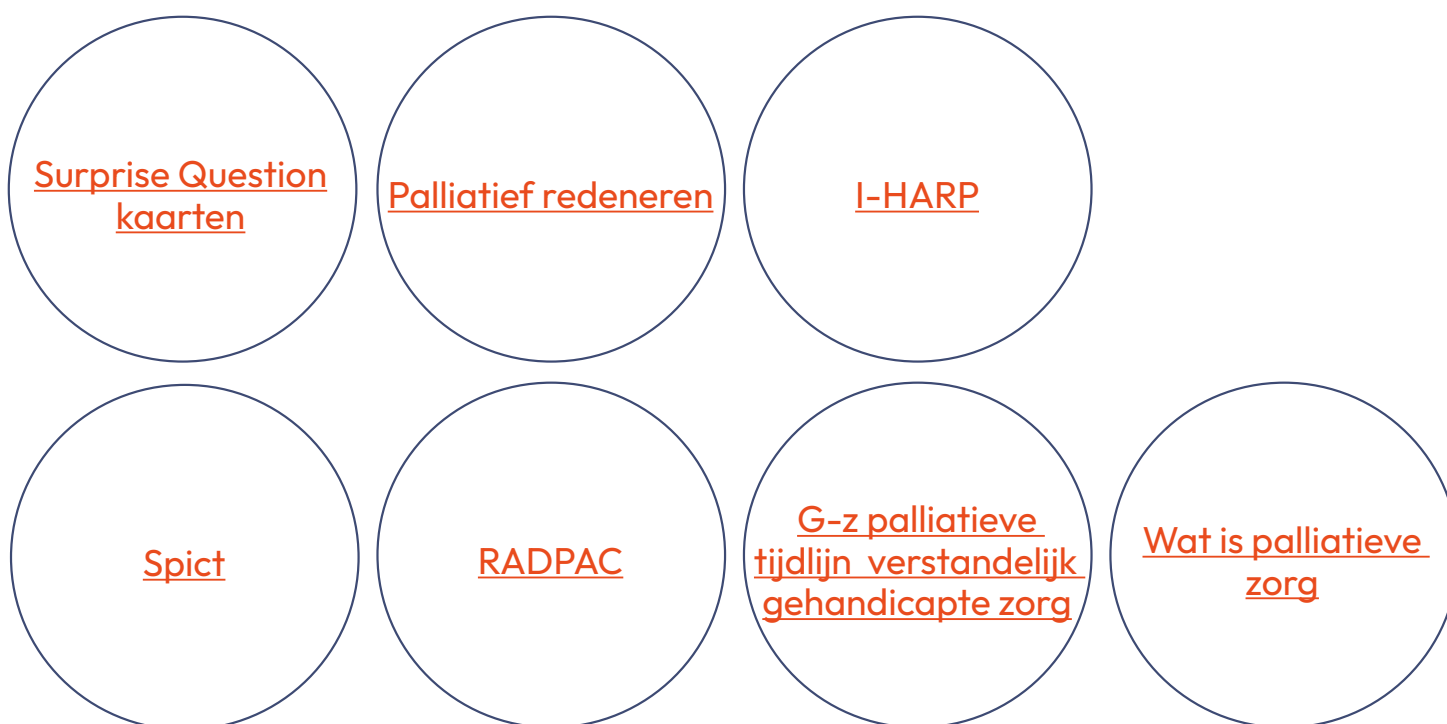
Wie

Signalering kan in principe door iedereen (professionals, patiënt, naasten, etc.) en op verschillende momenten plaatsvinden.

Hoe

Degene die signaleert dat een patiënt zich in de palliatieve fase bevindt, bespreekt dit met de regiebehandelaar. Afstemming tussen de 1e en 2e lijn is hiervoor noodzakelijk.

Hulpmiddelen



Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het doel is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te realiseren. Door vroegsignalering kunnen zorgverleners tijdig anticiperen op (potentiële) zorgproblemen.



Markering palliatieve fase door regiebehandelaar



Waarom

Naast alles wat het ziek zijn met zich meebrengt, staat een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid met diens naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. De regiebehandelaar bepaalt of de palliatieve fase daadwerkelijk wordt gemarkeerd. Het doel van deze markering is dat zorgprofessionals tijdig met de patiënt in gesprek gaan over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg. Voor ieder mens in zijn specifieke ziekteproces verloopt de palliatieve fase anders.

Wie

Voor patiënten met een beperkte levensverwachting (max 1 jaar) start het palliatieve zorgtraject bij de markering van deze fase. Het daadwerkelijke gesprek hierover kan iedereen initiëren, maar uiteindelijk wordt het gesprek uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Degene die het markeringsgesprek voert heeft, de verantwoordelijkheid om de besproken informatie over te dragen aan andere betrokken zorgprofessionals

Hoe

Bij de Surprise Question (SQ) vraag je jezelf af of je verbaasd zou zijn wanneer een patiënt binnen een jaar zou komen te overlijden. Wanneer het antwoord op deze vraag nee is wordt dit wel gezien als het begin van de palliatieve fase. Ook wel genoemd de markering van de palliatieve fase. De regiebehandelaar gaat het gesprek hierover aan met de patiënt en zijn of haar naasten, waarin wordt aangegeven dat genezing niet meer mogelijk is.

De besproken informatie wordt overgedragen aan andere betrokken zorgprofessionals, indien mogelijk ook middels een melding via VipLive.

Met toestemming van de patiënt worden ook de meest relevante medische gegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) overgedragen aan de huisartsenpost en de apotheek via het LSP. Het is belangrijk om de patiënt, aan de start van de palliatieve fase, erop te wijzen dat de overdracht van deze informatie belangrijk is voor de continuïteit van zorg.

Hulpmiddelen





Opstart proactieve zorgplanning gesprek door regiebehandelaar



Waarom

Proactieve zorgplanning stelt mensen in staat hun huidige en toekomstige persoonlijke levensdoelen, wensen en voorkeuren te formuleren voor medische behandelingen en zorg.

Proactieve zorgplanning is veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger. Proactieve zorgplanning is een dynamisch en continue proces wat opgestart wordt na de markering van de palliatieve fase. De mens achter de zorgvrager staat hierbij centraal.

- Proactieve zorgplanning heeft als belangrijkste doelen:
- Verbetering van de kwaliteit van zorg.
- Versterken van relaties.
- Voorbereiden op het levenseinde.
- Respecteren van individuele autonomie (zelfstandigheid)
- Verminderen van overbehandeling

Wie

De regiebehandelaar start het gesprek over proactieve zorgplanning en legt de patiënt uit wat het betekent.

De regiebehandelaar start met het proactieve zorgplanning gesprek als voorbereiding op de verdere gesprekken met de centrale zorgverlener/regiebehandelaar.

Hoe

Proactieve zorgplanning is een continue en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De regiebehandelaar start hier al vroeg in de palliatieve fase mee, zodat de wensen en behoeften van de patiënt tijdig besproken worden.

Hulpmiddelen

Uniform proactief
zorgplan

Waar spreek je over

Wensenboekje

Thuisarts –
levenseinde

KNMG
Tijdig spreken
over het
levenseinde





Vastleggen wie de centrale zorgverlener is



Waarom

De meeste patiënten en diens naasten krijgen in de palliatieve fase te maken met veel verschillende zorgprofessionals. Het is noodzakelijk dat deze zorgprofessionals de zorg met elkaar afstemmen. Het is belangrijk dat patiënten in deze fase een vast aanspreekpunt hebben en iedereen op de hoogte is wie welke rol vervult. De centrale zorgverlener stemt de verschillende soorten zorg op elkaar af en is het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten. Deze zorgverlener is verantwoordelijk voor de coördinatie en (indien gewenst van) het initiëren van de genoemde stappen in dit zorgpad.

Wie

De centrale zorgverlener is in principe een zorgprofessional met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van zorg. De volgende zorgverleners kunnen deze rol vervullen in afstemming met de 1^e en 2^e lijn: Palliatieve Zorg Verpleegkundige (PZV), Casemanager dementie (CMD), Verpleegkundig Specialist (VS), Specialist Ouderengeneeskunde (SO), Huisarts (HA), Praktijkondersteuner-somatiek (POH-s), Medisch specialist 2e lijn (MS).

Hoe

In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd en afgestemd met de regiebehandelaar. Zo nodig stemt deze zorgverlener de zorg af met een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.





Proactieve zorgplanning gesprek



Waarom

Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren van proactieve zorgplanning heeft een positief effect op zowel het welbevinden en kwaliteit van zorg van de patiënt en diens naasten. Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van de gezamenlijke besluitvorming. Proactieve zorgplanning is veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger.

Wie

De regiebehandelaar voert het gesprek over palliatieve zorgplanning en maakt samen met de patiënt afspraken over wie bij voorkeur het eerste aanspreekpunt (de centrale zorgverlener) is gedurende deze fase van het leven en hoe de afstemming binnen de zorg onderling geregeld wordt.

In de praktijk kan het zo zijn dat de centrale zorgverlener ook het gesprek kan starten over palliatieve zorgplanning als voorbereiding op het gesprek met de regiebehandelaar. Vervolgens kan de regiebehandelaar het gesprek over palliatieve zorgplanning overnemen en concrete afspraken maken met de patiënt en deze vastleggen en uitwisselen met de betrokken zorgprofessionals.

Hoe

Proactieve zorgplanning is een continue en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen, keuzen en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverleners kunnen hier al vroeg in het ziekteproces mee starten, in het kader van wensen en behoeften van de patiënt. Proactieve zorgplanning is een continue proces met gezamenlijke besluitvoering.

Het is hierbij belangrijk dat de besproken informatie wordt overgedragen aan andere betrokken zorgprofessionals, indien mogelijk ook middels een melding via VipLive.

Met toestemming van de patiënt worden de meest relevante medische gegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) ook overgedragen aan de huisartsenpost via het LSP.

Hulpmiddelen

[Waar spreek je over](#)

[Wilsverklaring](#)

[Wensenboekje](#)

[Vragenlijst
palliatieve zorg
planning](#)

[Palliaweb kiezen en
delen kaartje](#)

[Euthanasie wens](#)

[KNMG
Tijdig spreken
over het
levenseinde](#)

[Thuisarts –
levenseinde](#)

[Cultuursensitieve
palliatieve zorg](#)

Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de regiebehandelaar, centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.



Inschakelen palliatieve zorg verpleegkundige



Waarom

De palliatieve zorg verpleegkundige gaat laagdrempelig in gesprek met de patiënt en zijn of haar naasten in de eigen vertrouwde omgeving van een patiënt. De palliatieve zorg verpleegkundige kan een centrale zorgverlener zijn en waar gewenst het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, haar naasten en andere hulpverleners. Indien nodig kan deze verpleegkundige doorverwijzen naar andere professionals in de regio.

Wie

Verschillende thuiszorgorganisaties ([Pantein](#), [BrabantZorg](#), [Interzorg](#), [Vivent](#), [Laverhof](#)) hebben een palliatieve zorg verpleegkundige in dienst. Je kunt deze verpleegkundige inzetten, zonder dat de patiënt zorg ontvangt van de betreffende organisatie.

Hoe

- Elke zorgprofessional kan indien gewenst een palliatieve zorg verpleegkundige inschakelen
- Verwijzing naar de palliatieve zorg verpleegkundige kan ook zonder inzet van zorg of door de patiënt en naasten zelf
- De palliatieve zorg verpleegkundige legt contact met de patiënt en met de regiebehandelaar indien gewenst.

Hulpmiddelen

[Palliatieve zorg
verpleegkundige
Pantein](#)

[Palliatieve zorg
verpleegkundige
BrabantZorg](#)

[Palliatieve zorg
verpleegkundige
Interzorg](#)

[Palliatieve zorg
verpleegkundige
Vivent](#)

[Palliatieve zorg
verpleegkundige
Laverhof](#)



Denk ook aan de inzet van de wijkverpleegkundige en andere gespecialiseerd verpleegkundige die betrokken kunnen zijn bij een patiënt.





Vastleggen individueel zorgplan



Waarom

Een patiënt in de palliatieve fase heeft vaak te maken met meerdere zorgverleners en ontvangt vaak op verschillende plaatsen zorg. Om goede palliatieve zorg te kunnen bieden is het van belang dat alle betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van de waarde, wensen en behoefte van de patiënt en zijn of haar naasten. Communicatie en een goede overdracht over deze wensen en behoefte zijn bepalend voor de coördinatie, continuïteit en kwaliteit van zorg.

Wie

De centrale zorgverlener in afstemming met de 1e en 2e lijn.

Hoe

In samenspraak met de patiënt en zijn of haar naasten doorloop je verschillende scenario's in zorg, passend bij het ziektebeeld van de patiënt. Deze afspraken leg je bij voorkeur digitaal vast en deel je met de betrokken zorgverleners rondom een patiënt.

Het zorgplan is uitdrukkelijk niet alleen een weergave van de actualiteit en de coördinatie van zorg, maar geeft ook de afspraken weer in het kader van proactieve zorgplanning. De afspraken in het plan kunnen tussentijds gewijzigd worden bij veranderde omstandigheden, wensen of behoeften.

Hulpmiddelen

[NHG
Individueel
zorgplan](#)

[Wensenboekje](#)

[Kwaliteitskader
palliatieve zorg](#)





Medicatie review



Waarom

De medicamenteuze behandeling moet afgestemd zijn op de palliatieve of terminale fase om vermijdbare bijwerkingen van medicatie te voorkomen. Het is belangrijk om te beoordelen in hoeverre de gebruikte geneesmiddelen noodzakelijk zijn en of alle voorzorgsmaatregelen worden getroffen om vervelende bijwerkingen van bepaalde medicamenten te voorkomen. Tijdens een medicatie review wordt er kritisch gekeken naar welke aandoeningen afdoende behandeld moeten worden en of het toedienen van de medicatie bijdraagt aan de kwaliteit van leven.

Wie

Regiebehandelaar indien nodig in afstemming met de apotheek.

Hoe

De multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' en de KNMP richtlijn 'Medicatiebeoordeling' bevatten belangrijke aanbevelingen en zijn leidend voor het verlenen van deze zorg. Bij de multidisciplinaire richtlijn is een stappenplan opgenomen voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling in de STRIP methode.

Hulpmiddelen

[Apotheken](#)

[STRIP
methode](#)

[Palliatief Advies
Team](#)

[Samenwerkings-
afspraken
hartfalen](#)

[Samenwerkings-
afspraken
nierfalen](#)

[Samenwerkings-
afspraken
COPD](#)

[Multidisciplinaire
richtlijn
Polyfarmacie
bij ouderen](#)

[KNMP richtlijn
Medicatie-
beoordeling](#)





Experts voor overleg

Palliatief Advies team

Het palliatief advies team geeft antwoord op vragen aan andere zorgprofessionals over moeilijk behandelbare symptomen, beslissingen rondom het levenseinde, medicatie, problemen op existentieel of spiritueel gebied, organisatie van zorg, overbelasting van de mantelzorg en de sociale kaart. Het team neemt uitdrukkelijk niet de zorg over. Van maandag t/m 8.30 tot vrijdag 17.00u is het team bereikbaar via 0413 – 402 229. In avond-nacht en weekenduren kunt u voor vragen die niet kunnen wachten bellen met het centrale telefoonnummer van de receptie van Bernhoven: 0413 – 404 040. [Lees meer >](#)

PalliArts

Dit is een gratis te downloaden app die richtlijnen, formularia, checklists, voorlichtingsfolders, consultatiemogelijkheden en organisaties weergeeft met betrekking tot palliatieve zorg. [Lees meer >](#)

Apotheek

Vind hier alle apotheken. [Lees meer >](#)

Hospices

Er zijn hospices in de regio. De bereikbaarheid en adressen zijn te vinden op: [Lees meer >](#)

Palliatieve zorg verpleegkundige

Verschillende thuiszorgorganisaties ([Pantein](#), [BrabantZorg](#), [Interzorg](#), [Vivent](#), [Laverhof](#)) leveren zorg in de palliatieve fase en hebben ook een palliatieve zorg verpleegkundige in dienst. Klik op de naam van de betreffende organisatie, voor de contactgegevens.

Centrum voor Levensvragen Oost Brabant

De geestelijk verzorgers zijn professionals die begeleiding, hulpverlening en advies bij zingeving en levensbeschouwing bieden. Zij kunnen bij thuiswonende mensen kosteloos worden ingezet. Telefoon nummer: 06 – 22727110. [Lees meer >](#)



Netwerk palliatieve zorg

[Oss – Meierijstad – Maashorst](#)



Markering terminale fase



Waarom

Wanneer de dood daadwerkelijk binnen enkele maanden tot weken in zicht is, spreekt men van de terminale fase. In de terminale fase worden er afspraken gemaakt en maatregelen getroffen om de laatste levensfase van de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen zodat de patiënt kan overlijden op plaats van voorkeur, waarbij onnodige behandelingen en/of ziekenhuisopnames worden voorkomen.

Wie

De markering van de terminale fase wordt vastgesteld door de regiebehandelaar samen met betrokken zorgverleners en met de naasten.

Hoe

Het handelen is vooral gericht op comfort en verlichting van lijden van de patiënt en diens naasten. Er wordt actief gevraagd naar overbelasting en ondersteuning van diens naasten. Daarnaast wordt er informatie gegeven over wat er kan gebeuren als iemand sterft en wordt er aandacht besteed aan afscheid en rouw van zowel patiënt als naasten. Het is hierbij belangrijk dat de besproken informatie wordt overgedragen aan andere betrokken zorgprofessionals, indien mogelijk ook middels een melding via VipLive.

Met toestemming van de patiënt worden de meest relevante medische gegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) ook overgedragen aan de huisartsenpost en de apotheek via het LSP. Middels de memo palliatieve zorg, die een huisarts aanmaakt in het HIS (Topicus), kan de huisartsenpost de gemaakte afspraken ook inzien.

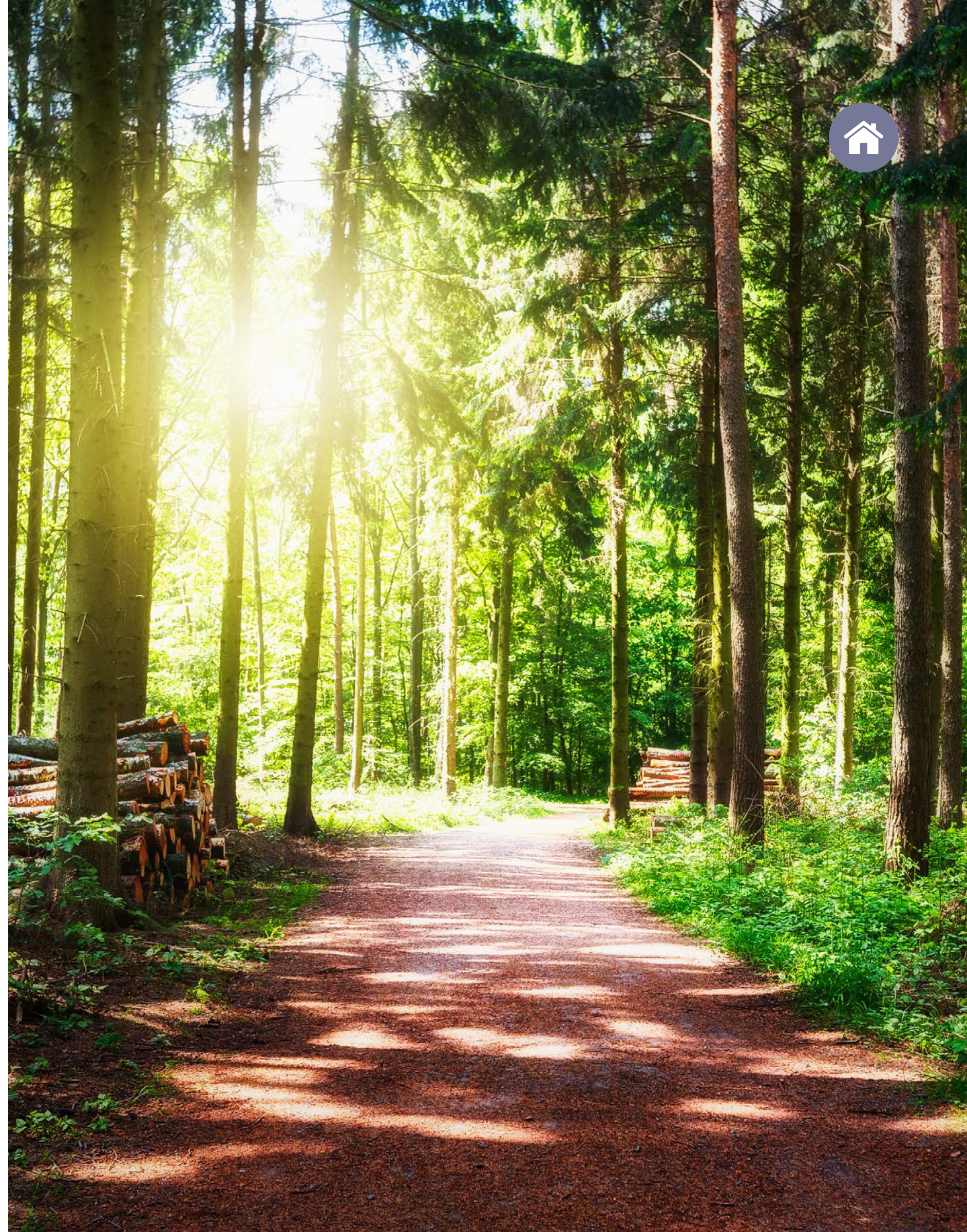
Hulpmiddelen

Thuisarts web-
informatie Ik heb
niet lang meer te
leven

Centrum voor
levensvragen

Vrijwillige
palliatieve
thuiszorg

Hospices
in de regio





Bijstellen coördinatie van zorg



Waarom

In de terminale fase is er vaak een andere zorgbehoefte voor de patiënt en zijn naasten. Het is voor de patiënt en zijn naasten een opgave om regie te houden over het eigen leven. Een uitdaging hierin wordt gevormd door een complex en gefragmenteerd zorgsysteem, waarin afgestemd moet worden tussen meerdere zorgverleners in diverse zorgsettingen. Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt tijdige signalering en markering en tevens coördinatie en continuïteit van zorg.

Wie

Duidelijk is wie de regiebehandelaar en de centrale zorgverlener is. Er zijn meerdere zorgprofessionals en hulpmiddelen in te zetten voor de ondersteuning van de patiëntenzorg en de zorg voor de naasten.

Hoe

Het team rondom een patiënt werkt op basis van het individueel zorgplan en proactieve zorgplanning. Na het markeren van de terminale fase is het vaak een goed moment om de coördinatie van zorg en het individueel zorgplan opnieuw te evalueren samen met de patiënt en zijn of haar naasten. Wijzigingen worden vastgelegd in het dossier en gedeeld met de regiebehandelaar, centrale zorgverlener en betrokken zorgprofessionals. Middels de memo palliatieve zorg, die een huisarts aanmaakt in het HIS (Topicus), kan de huisartsenpost de gemaakte afspraken ook inzien.

Hulpmiddelen

[Varenso
richtlijnen
palliatieve
zorg](#)

[Mantelzorg-
ondersteuning](#)

[Richtlijnen
palliatieve zorg](#)

[Praktische tools
palliatieve zorg](#)

Rondom de patiënt en diens naasten wordt er een team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment bereikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van de behandelwensen en grenzen van de patiënt die vast gelegd zijn in het gesprek over de proactieve zorgplanning met de regiebehandelaar en in het individueel zorgplan. De centrale zorgverlener heeft hierbij een verbindende rol.



Bijstellen individueel zorgplan

Waarom

In de terminale fase is er vaak een andere zorgbehoefte voor de patiënt en zijn naasten, dan in de palliatieve fase. Daarnaast kunnen er andere problemen op de voorgrond komen te staan waarop een individueel zorgplan gemaakt dient te worden.

Wie

De regiebehandelaar en de centrale zorgverlener.

Hoe

In samenspraak met de patiënt en zijn of haar naasten doorloop je opnieuw verschillende scenario's in zorg passend bij het ziektebeeld van de patiënt

Deze afspraken leg je bij voorkeur digitaal vast en deel je met de betrokken zorgverleners rondom een patiënt.

Het zorgplan is uitdrukkelijk niet alleen een weergave van de actualiteit en de coördinatie van zorg, maar geeft ook de afspraken weer in het kader van proactieve zorgplanning. De afspraken in het plan kunnen tussentijds gewijzigd worden bij veranderde omstandigheden, wensen of behoeften.





Markering stervensfase



Waarom

Zorg voor de patiënt in de stervensfase is intensieve zorg. Essentieel hierbij is herkenning en erkenning van het naderend sterven van de patiënt door de zorgverleners en goede communicatie hierover met de patiënt en diens naasten. Aandacht voor de wensen van de patiënt, verminderen van angst en het brengen van rust voor alle betrokkenen. Het is belangrijk dat afspraken hierover zijn vastgelegd in het individueel (proactief) zorgplan.

Wie

De markering van de stervensfase gebeurt door de regiebehandelaar samen met de betrokken zorgverleners en naasten.

Hoe

De thuiszorg kan het zorgpad stervensfase opstarten, binnen het zorgpad stervensfase komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg.

Hulpmiddelen

[Zorgpad
stervensfase](#)

[Richtlijn zorg in de
stervensfase](#)

[Stervensfase
thuisarts.nl](#)

[Medische
beslissingen
rondom het
levenseinde bij
verstandelijk
beperkten](#)

[Eten en drinken
in de laatste
levensfase](#)

[Richtlijn
palliatieve
sedatie](#)

[Vrijwilligers
Palliatieve
Terminale
Thuiszorg](#)

[ZBRO
Sterven hoe
gaat dat](#)





Overlijden

Waarom

De periode die ligt tussen overlijden en de laatste zorg geeft de nabestaanden de gelegenheid om op een persoonlijke manier afscheid te nemen.

Wie

De betrokken zorgverleners worden tijdig geïnformeerd over de stervensfase of het overlijden van de patiënt.

Hoe

Kort na het overlijden heeft de regiebehandelaar een gesprek met de nabestaanden en stelt alle betrokken zorgverleners op de hoogte van het overlijden.



Hulpmiddelen

Rituelen rondom
sterven en rouw

Zingeving en
spiritualiteit

Wat als het einde
nabij is

Zorg rond het overlijden is respectvol en doet eer aan de waardigheid, cultuur en levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt en diens naasten. De naasten ervaren ruimte om op een voor hun gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen.



Nazorg



Waarom

Het is belangrijk om na het overlijden ook voldoende aandacht te schenken aan afsluiting/evaluatie van de geboden zorg. Vaak kent rouw voor nabestaanden een natuurlijk beloop. Problematische (complexe) rouwverwerking daarentegen kan verstrekken gevolgen hebben en vraagt om aandacht, begeleiding of een (specifieke) interventie. Denk ook aan de nazorg voor betrokken zorgverleners, ook zij hebben vaak behoefte aan een moment van evalueren.

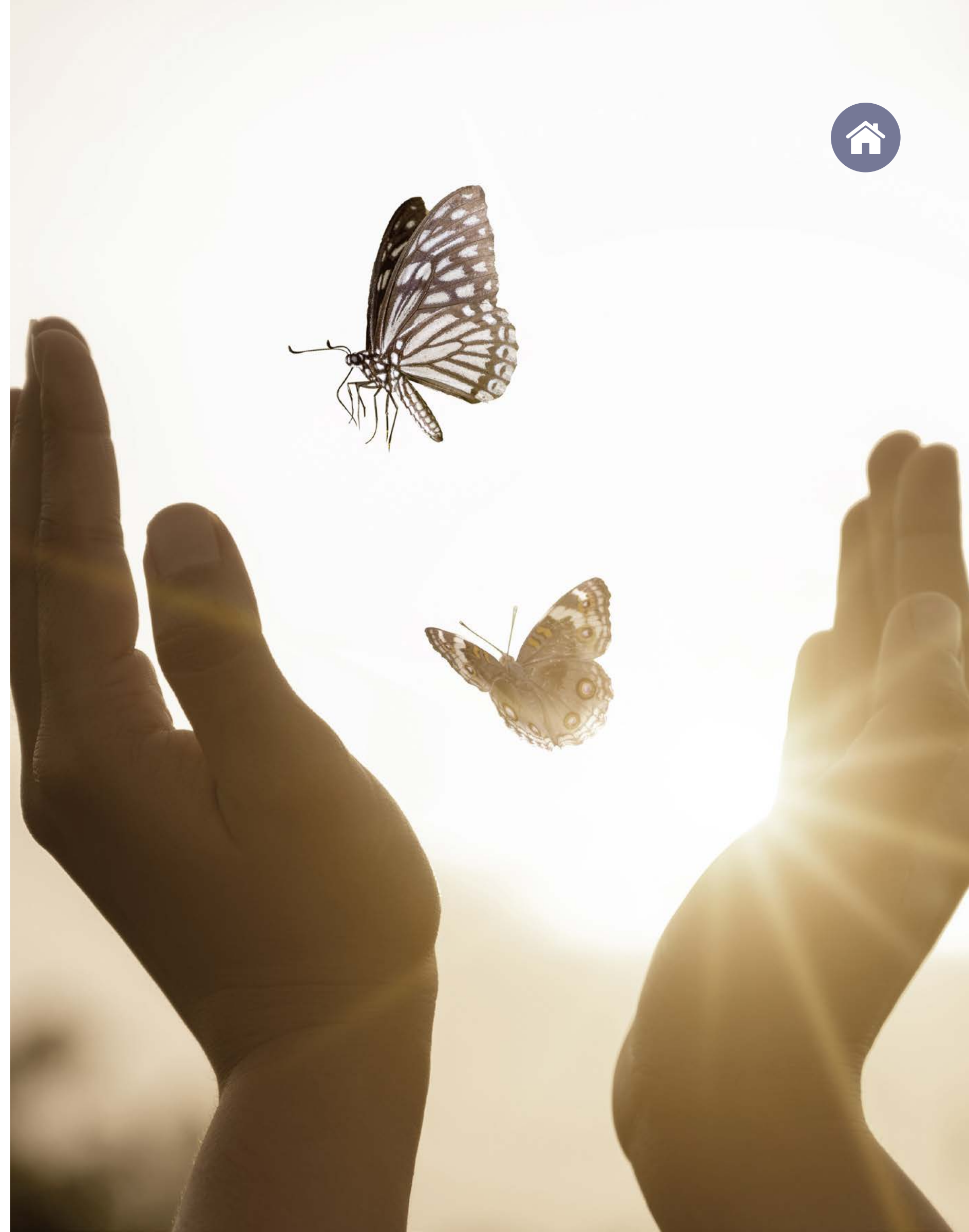
Wie

De regiebehandelaar vraagt of er nazorg gewenst is aan de naasten. Dit gebeurt in afstemming met de centrale zorgverlener. Overlijdt iemand in de thuissituatie, dan is de huisarts verantwoordelijk voor het organiseren van de nazorg.

Hoe (indien gewenst en mogelijk)

Attendeer nabestaanden op de mogelijkheid tot nazorg en nodig ze uit voor een nazorggesprek.

Hulpmiddelen



- Netwerk palliatieve zorg Roosendaal Bergen op Zoom Tholen.
- Transmuraal zorgpad voor de palliatieve patiënt, Netwerk palliatieve zorg Oost Veluwe en Twente