

Overdracht Palliatieve Zorg

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Verbetering van de continuïteit van zorg bij patiënten in de palliatieve fase, door afstemming van het beleid d.m.v. de volledige, eenduidige en tijdige overdracht van de patiënt. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van een specifieke overdrachtsset waarin zowel de medische als de zorginhoudelijke overdracht zijn uitgewerkt.

Uitgangspunten

- De regionale transmurale afspraak betreft alle patiënten in de palliatieve fase en niet alleen de oncologische patiënten;
- De overdrachtsset wordt gebruikt voor alle patiënten waarbij de palliatieve zorg op de voorgrond staat en de curatieve zorg op de achtergrond;
- De overdracht vindt bij voorkeur elektronisch plaats;
- De overdrachtsset bestaat uit drie delen: de NAW en contactgegevens, een medisch- en een zorginhoudelijk deel. Bij voorkeur wordt het formulier in zijn geheel ingevuld en overgedragen;
- De patiënt / cliënt is akkoord met de elektronische overdracht van medische gegevens aan de thuiszorgverpleegkundigen / verzorgenden. Indien dit op papier gaat is de patiënt degene die het formulier ter beschikking van de verpleegkundigen / verzorgenden stelt;
- Invulling van het formulier kan t.z.t. ook via het EPD plaatsvinden;
- Het palliatieve overdrachtsformulier vervangt de regionale verpleegkundige overdrachtsset bij deze patiëntencategorie;
- Het overdrachtsformulier is uitputtend voor wat betreft de onderwerpen die bij de palliatieve zorg van belang zijn. Omdat de situatie snel kan wijzigen worden **alleen de relevante onderwerpen ingevuld**.

Handelwijze overdracht

Voor alle zorgverleners geldt:

- Altijd door de verwijzend arts een telefonische melding bij de behandelaars of betrokken instelling waar de patiënt naar toe gaat;
- De schriftelijke overdracht Palliatieve Zorg (bijlage, of de vergelijkbare gegevensset uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), is altijd op (of voor) de datum van transfer bij de ontvanger aanwezig.

Vanuit thuis

Huisarts vult het medisch gedeelte in:

- Via ZorgDomein wordt het overdrachtsformulier verstuurd bij een overdracht naar het ziekenhuis of naar een op ZorgDomein aangesloten V&V instelling;
- Via Zorgmail of secure mail naar de niet op ZorgDomein aangesloten instellingen;
- Indien alleen een papieren overdracht mogelijk is: het ingevulde overdrachtsformulier meegeven met patiënt.

De (wijk)verpleegkundige vult het zorginhoudelijke gedeelte in; indien deze niet bij de zorg voor de patiënt betrokken is, vult de huisarts de relevante gegevens in.

- Indien de wijkverpleegkundige niet aanwezig is bij de transfer, gaat de Zorgmap (het Zorgleefplan) mee met de patiënt en vult de (wijk)verpleegkundige het zorginhoudelijke deel van het formulier z.s.m. in en stuurt dit na, binnen 1-2 dagen, naar de afdeling.
- Indien de thuiszorginstelling beschikt over een elektronisch verpleegkundig dossier, wordt het E-formulier via Zorgmail of secure mail verstuurd.

Vanuit een V&V instelling / hospice-voorziening

Specialist Ouderengeneeskunde / hospice arts vult het medisch gedeelte in. Verpleegkundige vult het zorginhoudelijke gedeelte in.

- Het overdrachtsformulier wordt via ZorgDomein bij een overdracht naar het ziekenhuis verstuurd;
- Via Zorgmail of secure mail vanuit de niet op ZorgDomein aangesloten instellingen of huisarts;
- Indien alleen een papieren overdracht mogelijk is: het ingevulde formulier meegeven met patiënt.

Vanuit het ziekenhuis

Medisch specialist vult het medisch gedeelte in.

Verpleegkundige op de afdeling vult het verpleegkundig gedeelte in.

- Via Zorgmail wordt het ingevulde formulier naar de huisarts / specialist ouderengeneeskunde / hospice arts verzonden. Indien er reeds een standaard ontslagbrief beschikbaar is wordt deze meegezonden;
- Indien de patiënt naar een V&V instelling of naar huis gaat, ontvangt de betrokken (thuiszorg)instelling een kopie van het formulier Overdracht Palliatieve Zorg (medisch + verpleegkundig) voor in de Zorgmap (die met de patiënt wordt meegegeven) en voor in het medisch dossier.

NB. Indien de Zorgmap bij opname vanuit de thuissituatie was meegekomen wordt deze bij overdracht naar huis weer meegegeven!

Randvoorwaarden:

- De aanvraag wordt in werking gezet nadat de behandelend specialist de patiënt / familie heeft geïnformeerd over het ontslag en bekend is dat er palliatieve zorg aangevraagd wordt.
- Behandelend specialist heeft overlegd over de ophanden zijnde transfer van patiënt en de noodzakelijke zorg.
- De medicatie overdracht wordt ook aan de eigen apotheek van de patiënt gestuurd.
- Bij parenterale geneesmiddeltoediening wordt tevens telefonisch contact opgenomen met het desbetreffende specialistisch verpleegkundig team om afspraken over infuuspompen en medicatiebeleid te maken. Vanuit de transmurale apotheek van het ziekenhuis wordt voor 3 dagen medicatie en verbandmiddelen op naam van de patiënt meegegeven met een medicatie toedieningslijst. Indien er geen transmurale apotheek is geeft de afdeling dit voor 3 dagen mee.

NB. Let bij het voorschrijven van de hoeveelheid medicatie en verbandmiddelen op de te verwachten levensduur.

Beleid in de ANW-uren

Voor de overdracht van de eigen huisarts naar de huisartsenpost (HAP) wordt de bestaande papieren versie van het regionale Overdrachtsformulier huisartsenposten voor complexe, aandachtvragende en terminale zorg gebruikt.

Bij ontslag vanuit het ziekenhuis buiten de kantooruren, bv. om thuis te kunnen overlijden, gaat er ook een Overdrachtsformulier Palliatieve zorg naar de HAP.

Gezamenlijke behandeling thuis

Indien in overleg tussen de huisarts en de medisch specialist en/of specialist ouderengeneeskunde en/of hospice arts wordt besloten tot een gezamenlijke behandeling thuis, worden afspraken gemaakt ten aanzien van het consultatiebeleid:

- M.b.t. welke problemen de medisch specialist en/of specialist ouderengeneeskunde telefonisch in consult wordt gevraagd en
- M.b.t. de mogelijkheid tot thuisvisite van de medisch specialist / specialist ouderengeneeskunde / hospice arts, waardoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.

NB. Als de medisch specialist / specialist ouderengeneeskunde / hospice arts in consult wordt geroepen in de thuissituatie, blijft de huisarts de hoofdbehandelaar (regiehouder). Pas wanneer de patiënt wordt overgedragen naar het ziekenhuis of V&V- instelling, wordt de specialist / specialist ouderengeneeskunde / hospice arts de hoofdbehandelaar (regiehouder).

Namens huisartsen:

Monique Botden

Namens regionale internisten:

Laurence van Warmerdam, Catharina Ziekenhuis
Ruud Smeets, St. Anna ziekenhuis

Namens specialisten ouderengeneeskunde:

Meike Smits, Anna Zorggroep

Namens het Netwerk Palliatieve zorg Zuidoost Brabant:

Marlie Spijkers, medisch adviseur en specialist ouderengeneeskunde

Namens regionale transferverpleegkundigen:

Ada Janson, Catharina Ziekenhuis
Gemma van Liempd, St Anna ziekenhuis
Carla Valstar, Elkerliek ziekenhuis / Quartz

Ilse Herst, verpleegkundig palliatief consulent, Máxima Medisch centrum
Trudy Moret, oncologie verpleegkundige en palliatief consulent, Catharina Ziekenhuis

Namens de thuiszorginstellingen:

Yolanda Aarts, ZuidZorg
Manon van den Heuvel, De Zorgboog

Namens de transmurale stichtingen:

Hein van der Reijden / Dirk Wijkel, coördinator THEMA
Hennie van Bavel, coördinator HaCa

Referenten: RHV Helmond, Kwaliteitsraad HA, cardiologen, longartsen, oncologen,
VAR VVT

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van THEMA.

© 2013 THEMA