



**'Goede' overdracht  
(tussen zorgverleners)  
van 2e naar 1e lijn**



---

**Marianne Dees, huisarts, senior onderzoekster Radboudumc**

**Sonja Janssen, transfer verpleegkundige Radboudumc**

**Arzu Orhan, directeur Baas Zorg B.V.**

**Radboudumc**

---

# Doelen workshop

- Bewustwording van het doel van overdracht en ontslaggesprek in de context van palliatieve zorg (contextueel en persoonsgericht)
- Inzicht in de verschillende perspectieven op een 'goede overdracht'
- Kennis over bouwstenen voor een naadloze transmurale overgang met aandacht voor begrijpelijke communicatie voor iedereen

---

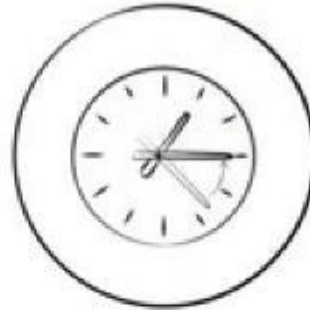
# Opzet workshop 'goede overdracht'

- Inleiding 3 keer 5 minuten vanuit 3 verschillende perspectieven *15 minuten*
- Aan de slag in break-out rooms met een casus *30 minuten*
- Oogsten bouwstenen 'naadloze overgang' *10 minuten*
- Wat neem je mee en wat geven wij mee *5 minuten*

---

# Een goede overdracht 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn

- Doel waarborgen continuïteit en kwaliteit palliatieve zorg
- Relevante en juiste informatie overdragen vanuit ziekenhuis naar patiënt, naaste(n) en opvolgende zorgverlener(s)
- Een goede overdracht vraagt van het ziekenhuis inzet, tijd en een gestructureerde ontslagprocedure
- Een naadloze **overgang** van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn en omgekeerd.....



Mevrouw Vermeer



Huisarts



Thuiszorg



Apotheker

---

# Palliatieve zorg (Kwaliteitskader):

Zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.

- Door het voorkomen en verlichten van lijden
- Door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard.

Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het **behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.**

---

# Transmurale palliatieve zorg

- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (versie voor patiënten en versie voor hulpverleners)
- Palliatieve fase signaleren en markeren, met aandacht kwaliteit van leven
- Zorg samen met de patiënt en naasten vorm te geven
- Meer proactief dan reactief te werken
- Optimale overdracht en samenwerking tussen disciplines

---

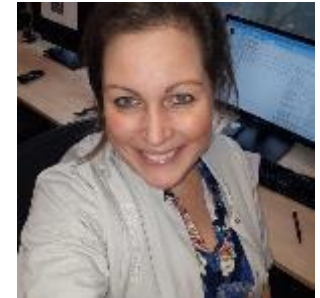
# Perspectief huisarts op overdracht

- Op tijd herkennen palliatieve zorgbehoefte
- Samen beslissen: samen kijken welke behandeling of zorg bij haar past
- Individueel zorgplan: kennen waarden, wensen en behoeften van patiënt
- Begrijpelijke communicatie voor en met elke patiënt en naaste(n)
- Aandacht lichamelijke, psycho-emotionele, sociale en zingevingsthema's
- Behandelwensen en ACP-gesprek: vastleggen proactieve zorgplanning



---

# Perspectief op nazorg gesprek

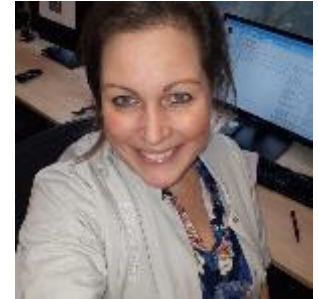


## Functie / werkwijze

- Uitleg wat ik kom doen: betrokken bij het *ontslagproces* vanuit patiënt, arts en verpleegkundige
- Ik bestudeer dossier en selecteer voor nazorg belangrijke punten
- Ik maakt vanuit dossier met arts en verpleegkundige inschatting van zorg die in de thuissituatie nodig is
- Dit bespreek ik met patiënt en naasten

---

# Vervolg nazorg gesprek (1)



## Doel/verwachtingen

- Ik bespreek verwachtingen van patiënt/naasten, wat ik nodig vind qua zorg en de (on)mogelijkheden
- Ik probeer op één lijn te komen. Bijv. wassen, aankleden, wondzorg of medicatie toedienen
- Als voor beide partijen de zorginzet duidelijk is benader ik thuiszorg of verblijf (voorkeur patiënt meenemen)

---

# Vervolg (2)



## Conclusie/afroding – check

- Als instelling/thuiszorgorganisatie akkoord is met zorginzet stuur ik de zorginventarisatie naar instelling/thuiszorg
- Ik informeer patiënt/naasten over ingezette zorg
- Belangrijk is de patiënt/naasten te informeren over financiering betreffende zorginzet *ZvW /WLZ /WMO* voorzieningen
- Ik check of de informatie goed is begrepen door de patiënt/naasten de informatie te laten samenvatten
- Als relevant geeft ik informatiefolder of verwijst ik naar een website

---

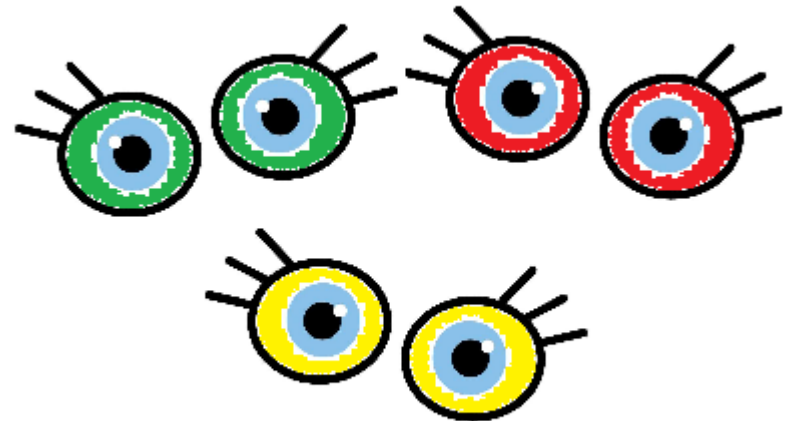
# Perspectief thuiszorg op ontvangst



---

# Perspectieven naadloze overgang

- Patiënt
- Naasten
- Informele zorgverleners
- Vrijwilligers
- Ergotherapeut
- Geestelijk verzorgende
- Diëtiste
- Verzorgende
- Wijkverpleegkundige
- Expert palliatieve zorg
- Zaalarts
- Oncoloog/chirurg/radiotherapeut.....
- Specialist Ouderen Geneeskunde
- Nurse practitioner palliatieve zorg
- Apotheker
- Huisarts
- .....



---

# Zorgen voor een naadloze overgang!?

Mevrouw is ongeveer 74 jaar, afkomstig uit het Atlasgebergte en woont 50 jaar in Nederland. Kan niet lezen of schrijven, spreekt geen Nederlands en woont bij haar alleenstaande jongste zoon van 30. Zij heeft 5 kinderen, drie dochters en twee zonen. Zij is bekend met suikerziekte, astma, hoge bloeddruk, hartfalen en gemetastaseerd mamma carcinoom waarvoor chemo, bestraling en chirurgische behandeling. Morgen mag zij naar huis na opname van een week ivm kortademigheid door pulmonale uitzaaiingen. Ook zijn er uitzaaiingen in de botten gevonden. Er zijn geen curatieve behandelopties en de palliatieve behandelopties worden in het eerstvolgende MDO besproken. Haar diabetes is door de prednison ontregeld en er is gestart met insuline. Voor de pijn is oxycodon 30 mg mva 2dd en oxynorm 5 mg 1-6 dd voorgeschreven. Haar thuismedicatie zat in een baxter. Haar oudste dochter is altijd bij de gesprekken in het ziekenhuis aanwezig. De oudste zoon lijkt de financiën te regelen.

---

# Aan de slag: 30 minuten/rapporteren

**Welke mogelijke uitdagingen/knelpunten zien jullie in deze casus**

- In het medische domein
- In het psycho-emotionele domein
- In het sociale domein
- In het zingeving domein

**Wie zijn er betrokkenen**

- In het ziekenhuis
- In de thuissituatie

**Wat zijn de elementen/aandachtspunten die bij kunnen dragen aan een naadloze overgang van de tweede naar de eerste lijn?**

**Voorzitter en verslaguitbrenger?**

---

# Oogsten

- Wat draagt bij aan een naadloze transmurale overgang?
- Welke uitdagingen en knelpunten ervaren jullie in de dagelijkse praktijk?
- Wie/wat vergeten we soms/regelmatig en is wel belangrijk?



---

# Naadloze transmurale overdracht PZ

1. Standaardiseer ontslagproces en overdracht. Start ontslagplanning bij opname.
2. Sluit aan bij individuele zorgplan patiënt **'Kwaliteitskader PZ'**.
3. Ken wensen, waarden en doelen van patiënt.
4. Hanteer uitgangspunten van **'Samen Beslissen'**.
5. Verstuur ontslagbrief op tijd.
6. Voer ontslaggesprek op maat met tips uit **'Goed Begrepen'**.
7. Draag medicatie op maat over.
8. Geef informatie mee die aansluit bij patiënt en naaste(n).
9. Doe een warme overdracht bij kwetsbare patiënten.



Wie doet wat en  
is waar  
verantwoordelijk  
voor?

---

# Wat neem je mee?

