Zorgverlener journey huidige proactieve zorgplanningsproces van de palliatieve zorg verpleegkundige Nadia

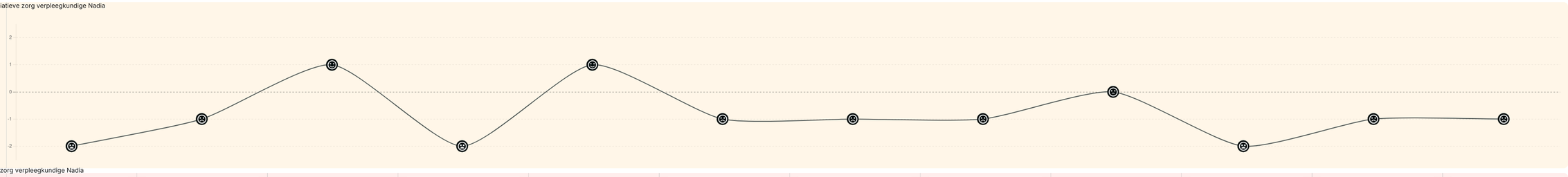
stichting pznl

nationaal programma palliatieve zorg II

Dit is een uitwerking over de beleving van het proactieve zorgplanningsproces zoals dat in de huidige situatie ervaren wordt door de persona palliatieve zorg verpleegkundige Nadia.
Hierin zijn de pijnpunten die tijdens de zorgverlener journey aan het licht zijn gekomen opgenomen.
Dit zijn immers de punten waar de wensen met betrekking tot procesverbeteringen en/of informatiebehoefte zitten.
De uitwerking ziet er als volgt uit:

	Signalering & verwerken melding	Voorbereiden contact & voeren consult	Vaststellen zorgbehoefte & opstellen zorgplan				Behandelen & monitoring					Overdragen
Wijkverpleging palliatieve zorg verpleegkundige Nadia huidige journey	Ontvangen & verwerken aanmelding/verwijzing* van: • de huisarts of POH • het ziekenhuis • thuiszorgteam EN indien nodig • Warm contact met huisarts, POH of physician assistant ziekenhuis, verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis over complexe zorgvraag EN indien nodig • Ontvangen rapportage van verzorgende IG en wijkverpleegkundige *indien nog geen cliëntdossier, aanmaken nieuw cliëntdossier	Voorbereiden huisbezoek EN • Doorlezen cliëntdossier inclusief rapportage wijkverpleegkundige en verzorgende IG met o.a. gemaakte afspraken over wensen, waarden en behoeften, uitslagen, metingen, zorgactiviteiten etc.	Uitvoeren anamnese bij de cliënt thuis: • Gesprek voeren over hulpvraag/zorgbehoefte inclusief een gesprek over proactieve zorgplanning waaronder wensen, behoefte en -grenzen (4 dimensies) en frequentie van zorg • In kaart brengen van het cliëntnetwerk EN indien nodig Contact met: • Wijkverpleegkundige en/of verzorgende IG • Instelling van betrokken behandelaren • Begeleiders en zorgverleners die een rol spelen in de palliatieve (pre-)terminale zorg	Vaststellen zorgbehoefte EN indien nodig • Warm contact over inschakelen van wijkverpleging • Organiseren van paramedische zorg • Ondersteunen bij de aanvraag Wlz of Wmo indicatie voor extra zorg • Organiseren van hulpmiddelen voor veiligheid, comfort en zelfstandigheid o.a. rolstoel, douchestoel etc.; • Ondersteunen bij het systematisch vaststellen van vragen en zorgbehoefte van palliatieve zorg voor cliënten en naasten	Begeleiden en ondersteunen van de cliënt, mantelzorger en naasten door voorlichting & informatieverstrekking over o.a. wat te verwachten, palliatieve zorg, mogelijkheden o.a. pijnbestrijding etc.. EN indien nodig • Scholing/coaching ter ondersteuning van palliatieve zorg voor het thuiszorgteam EN indien MDO/PaTz overleg • Ontvangen uitnodiging MDO/PaTz overleg • Voorbereiden MDO/PaTz	Samen met de cliënt afspraken maken over doelen en gewenste resultaten EN indien nodig • Ondersteunen bij voorlichting en advies aan cliënten en naasten om keuzes in palliatieve zorg te maken EN indien MDO/PaTz overleg • Deelnemen MDO/PaTz overleg	Registreren van zorgdoelen in het zorgplan inclusief vastleggen proactieve zorgplanning EN indien MDO/PaTz overleg • Ontvangen en verwerken MDO/PaTz verslag in het zorgplan	Uitvoeren zorgactiviteiten & interventies EN indien nodig • Warm contact met de huisarts en/of wijkverpleegkundige voor afstemming zorg en/of advies Bij spoedzorg aanvragen ambulance en/of afstemming met de huisarts of HAP	Verslaglegging zorgactiviteiten & interventies in het dossier	Evalueren & eventueel bijstellen van de zorg EN indien nodig • Gesprek voeren over proactieve zorgplanning waaronder wensen, behoefte en -grenzen (4 dimensies)	Signaleren en registeren van veranderingen /achteruitgang cliënt situatie EN indien nodig • Warm contact met huisarts over signaal achteruitgang cliënt situatie	Rapportage naar: • Huisarts • Verzorgende IG • Wijkverpleegkundige • Thuiszorgteam • Familie • Hospice • Palliatieve unit
Wijkverpleegkundige Hans' journey	Rapportage naar de palliatieve zorg verpleegkundige inclusief veranderingen over wensen, waarden en behoeften		Afstemming met de palliatieve zorg verpleegkundige over proactieve zorgplanning inclusief wensen en behoeften van de cliënt	Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige over aanvraag wijkverpleegkundige zorg			Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige voor afstemming zorg en/of advies			Ontvangen signalering achteruitgang cliëntsituatie	Ontvangen rapportage palliatieve zorg verpleegkundige
Verzorgende IG Lea's journey	Rapportage naar de palliatieve zorg verpleegkundige inclusief veranderingen over wensen, waarden en behoeften		Afstemming met de palliatieve zorg verpleegkundige over proactieve zorgplanning inclusief wensen en behoeften van de cliënt	Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige over aanvraag verzorgende IG zorg						Ontvangen signalering achteruitgang cliëntsituatie	Ontvangen rapportage palliatieve zorg verpleegkundige
Huisarts huisartsenpraktijk Marije's journey	Versturen verwijzing naar palliatieve zorg verpleegkundige EN indien nodig • Warm contact met palliatieve zorg verpleegkundige over complexe zorgvraag cliënt			Versturen uitnodiging MDO/PaTz overleg naar de palliatieve zorg verpleegkundige		Delen MDO verslag met de palliatieve zorg verpleegkundige EN indien nodig • Organiseren van netwerkzorg inclusief toewijzen van zorgactiviteiten aan palliatieve zorg verpleegkundige	Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige voor afstemming zorg en/of advies			Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige signalering achteruitgang cliëntsituatie	Ontvangen rapportage palliatieve zorg verpleegkundige
Praktijkondersteuner huisartsenzorg Kate's journey	Versturen verwijzing naar palliatieve zorg verpleegkundige EN indien nodig • Warm contact met palliatieve zorg verpleegkundige over complexe zorgvraag cliënt						Warm contact met de palliatieve zorg verpleegkundige over afstemmen zorg				
Verpleegkundig specialist palliatieve zorg ziekenhuis Colin's journey	Versturen aanmelding cliënt naar palliatieve zorg verpleegkundige EN indien nodig • Warm contact met palliatieve zorg verpleegkundige over complexe zorgvraag cliënt										Ontvangen rapportage palliatieve zorg verpleegkundige

Emotional journey palliatieve zorg verpleegkundige Nadia



Pijnpunten palliatieve zorg verpleegkundige Nadia

PP: De afspraken over wensen, waarden en behoeften die de huisarts met de cliënt heeft besproken, zijn niet overgedragen of zijn onbekend, en ontbreken in het cliëntdossier. Dit betekent dat de palliatieve zorg verpleegkundige soms dezelfde onderwerpen opnieuw met de cliënt moet bespreken, zonder verder te kunnen bouwen op wat al eerder is besproken. PP: Bij de overdracht vanuit het ziekenhuis ontbreekt vaak informatie over de rol die de overdragende zorgverlener nog kan spelen in de proactieve zorg, bijvoorbeeld op het gebied van pijnbestrijding, mocht er zich iets voordoen in het zorgtraject van de client. PP: De palliatieve zorg verpleegkundige wordt te laat betrokken bij vermoedens van diagnosestelling palliatieve client. Het komt voor dat ik niets meer voor de client kan doen behalve een (gedwongen) opname. PP: De palliatieve zorg verpleegkundige verstuurt en deelt informatie met het ziekenhuis maar ontvangt geen verslag terug. Dit kan lastig zijn als bv. besloten is toch nog een behandeling in te zetten en de palliatieve zorg verpleegkundige hier niets van weet.	PP: Het ontbreken van informatie over eerder gemaakte pzp afspraken zorgt ervoor dat de palliatieve zorg verpleegkundige dezelfde vragen opnieuw aan de cliënt stelt. Voor de cliënt voelt dit belastend, omdat hij/zij aangeeft dit gesprek al met de huisarts gevoerd te hebben. Zorgbemiddeling monitort aanvragen en zorgt voor een compleet dossier, maar cruciale informatie over behandelwensen en behandelgrenzen ontbreekt. Dit creëert onduidelijkheid en kan leiden tot ongewenste of niet-passende zorg. PP: De palliatieve zorg verpleegkundige kan alleen vastgelegde informatie binnen de eigen organisatie over de cliënt inzien. Relevante informatie buiten de eigen organisatie is niet bekend. PP: Het is soms onduidelijk wie de huisarts van de cliënt is, waardoor het lastig wordt om informatie te verkrijgen over eerder besproken behandelwensen en behandelgrenzen. Aangezien de huisarts onbekend is, kan de palliatieve zorg verpleegkundige geen contact opnemen om deze informatie te achterhalen.		PP: Het is niet mogelijk om informatie van een huisarts in te zien en een huisarts kan ook geen rapportages van de palliatieve zorg verpleegkundige inzien. Hierdoor ontbreekt soms waardevolle informatie die relevant is voor het leveren van gewenste zorg. PP: Het blijft lastig om een helder overzicht te krijgen van alle betrokkenen in de zorg rond de cliënt, waardoor bij een PaTz overleg niet iedereen onduidelijkheid wordt die relevant is om deel te nemen. PP: Wanneer er veel disciplines betrokken zijn, zowel binnen als buiten de organisatie, dan is het lastig om een helder overzicht te krijgen wie betrokken is in de zorg rond de cliënt.		PP: Het is vaak omslachtig en tijdrovend om snel de huisarts te bereiken voor overleg over complexe casussen. Buiten het PaTz-overleg – dat soms maar één keer plaatsvindt per cliënt – moet alle afstemming telefonisch gebeuren. Dit leidt tot vertraging, inefficiëntie en regelmatig lukt het niet om de huisarts direct te spreken. PP: In het MDO/PaTz-overleg ontbreken vaak cruciale disciplines, zoals de huisarts of thuiszorgorganisatie, omdat de cliënt buiten de regio valt waar het behandeltraject loopt. Elk gebied organiseert MDO/PaTz-overleggen anders, wat leidt tot versnippering en gebrek aan uniforme samenwerking.	PP: Tijdens het PaTz overleg worden proactieve zorgplanningsafspraken goed vastgelegd, maar de palliatieve zorg verpleegkundige heeft geen toegang tot deze informatie. Daardoor moet ik mijn eigen aantekeningen maken en later opnieuw invoeren in het cliëntdossier. Dit zorgt voor dubbele registratie, kost veel tijd en vergroot het risico op fouten in de overdracht en de registratie.	PP: Door het gebruik van meerdere communicatiekanalen (chat, telefoon, e-mail) moet de palliatieve zorg verpleegkundige informatie dubbel registreren. Een vraag of afstemming met de huisarts verloopt via chat, maar het antwoord of besluit moet handmatig worden overgetypt in het cliëntdossier. Dit kost veel tijd en vergroot de kans op fouten. PP: Bij de HAP kan de palliatieve zorgverpleegkundige alleen met de triagist overleggen, waardoor soms ongewenste beslissingen worden genomen. Dit gebeurt ondanks dat de huisarts al duidelijke verslaglegging heeft gedaan over mogelijke behandelingen, wat leidt tot onnodige risico's en vertraging in de zorg.		PP: Het is niet inzichtelijk welke medicatie is toegediend of welke wijziging in de medicatie zijn geweest. Als er geen wijkteam aanwezig is om deze informatie over te dragen, dan is de palliatieve zorg verpleegkundige hiervan niet op de hoogte gebracht en kan dit leiden tot onnodige risico's.	PP: Direct overleg met de huisarts over o.a. ophogen van medicatiegebruik bv het verhogen van morfine, duurt soms lang, omdat de palliatieve zorg verpleegkundige soms lang telefonisch in de wacht staat voordat ze de huisarts spreek. De cliënt heeft in zo'n situatie soms onnodig last van extra pijn, omdat de pijnstilling niet direct mag worden gegeven.	PP: Wanneer de wijkverpleegkundige niet bij dezelfde organisatie werkt, verloopt samenwerking moeizaam. Het is vaak lastig om te achterhalen wie de wijkverpleegkundige is en om de zorg goed over te dragen. De overdracht gebeurt via een zorgdomeinformulier dat los van het cliëntdossier moet worden ingevuld en verstuurd. Als de betrokken wijkverpleegkundige niet gevonden wordt, vindt er helemaal geen overdracht plaats, wat continuïteit en kwaliteit van zorg ernstig in gevaar brengt.

Wensen palliatieve zorg verpleegkundige Nadia

Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik relevante informatie over proactieve zorgplanning van de cliënt in de verwijzing/aanmelding van de huisartsenpraktijk en/of ziekenhuis ontvangen. Zodat ik voorbereidingen kan treffen voordat ik bij de cliënt thuis kom en ik de continuïteit van zorg aan de cliënt kan waarborgen. Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik op tijd betrokken worden bij vermoedens en diagnosestelling van een palliatieve cliënt, zodat ik tijdig passende zorg kan inzetten en een opname kan voorkomen. Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik op het moment dat er wijzigingen/nieuwe pzp informatie bij de huisarts of in het ziekenhuis worden vastgelegd voor een cliënt, hierover geïnformeerd worden. Zodat ik altijd de actuele pzp informatie meeneem in het bepalen van de zorginzet.	Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik op het juiste moment inzage hebben in de, voor de zorgvraag relevante, informatie over de cliënt — zoals medische voorgeschiedenis, behandelwensen en behandelgrenzen, en actuele medicatiegegevens. Daarbij wil ik zelf kunnen bepalen welke informatie op dat moment nodig is, zodat ik goede en passende zorg kan verlenen.		Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik dat rapportages en gemaakte pzp afspraken inzichtelijk zijn voor alle betrokken zorgverleners, zodat iedereenbeschikt over dezelfde informatie en de continuïteit van zorg gebordgd is. Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik beschikken over een actueel overzicht van contactgegevens van alle betrokkenen in het zorgnetwerk, zodat ik (bij complexe problematiek/spoedsituaties) snel weet wie betrokken moet worden en hoe ik hen kan bereiken voor afstemming over de zorgverlening aan de cliënt.		Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik vanuit mijn eigen informatiesysteem direct vragen kunnen stellen en antwoorden kunnen geven aan de huisarts, zodat de communicatie tussen de palliatieve zorg verpleegkundige en de huisarts snel verloopt. Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik een structureel MDO/PaTz-overleg, waarin huisartsen, wijkverpleging, geestelijk verzorgers en paramedici cliënt casussen bespreken, zodat we gezamenlijk de zorg rondom de cliënt optimaal met elkaar kunnen afstemmen en organiseren.	Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik het PaTz/MDO verslag digitaal gestructureerd ontvangen, zodat ik goed geïnformeerd ben over de gemaakte afspraken.	Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik vanuit mijn eigen informatiesysteem direct vragen kunnen stellen en antwoorden kunnen geven aan de huisarts, zodat de communicatie tussen de palliatieve zorg verpleegkundige en de huisarts snel verloopt. Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik op het juiste moment inzage hebben in de, voor de zorgvraag relevante, informatie over de cliënt — zoals medische voorgeschiedenis, behandelwensen en behandelgrenzen, en actuele medicatiegegevens. Daarbij wil ik zelf kunnen bepalen welke informatie op dat moment nodig is, zodat ik goede en passende zorg kan verlenen.		Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik inzage in een actueel medicatieoverzicht, zodat ik veilig kan toedienen en veranderingen in medicatie direct kan doorvoeren in de zorgverlening.	Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik geïnformeerd worden over de verschillende scenario's van in te zetten beleid, zoals vastgelegd bij de huisarts of in het ziekenhuis. Zodat ik weet hoe te handelen in acute situaties.	Wens: Als palliatieve zorg verpleegkundige wil ik alle relevante informatie over proactieve zorgplanning eenduidig en digitaal binnen het eigen informatiesysteem kunnen vastleggen en digitaal gestructureerd met alle betrokken zorgverleners kunnen delen. Zodat zorgverleners altijd goed geïnformeerd zijn over de actuele situatie van de cliënt.