

# Zorgprogramma Palliatieve zorg (v1.0)

## 1. Type document en toepassingsgebied

### Type document

Beleidsnotitie

### Doel

Een eenduidig beleid voor het verder ontwikkelen en verbeteren van de palliatieve zorg in De Wever.

### Toepassingsgebied

Alle medewerkers van De Wever.

### Doelgroep

Alle cliënten van De Wever, zowel langdurende zorg, kortdurende zorg als Wever Thuis.

## 2. Inleiding

Er is steeds meer maatschappelijke belangstelling voor palliatieve zorg. Het staat op de agenda's van het ministerie van VWS, bij patiëntenorganisaties, zorginstellingen en zorgverzekeraars. In 2017 is het *Kwaliteitskader Palliatieve Zorg*<sup>1</sup> ontwikkeld. Dit kwaliteitskader beschrijft vanuit cliëntenperspectief wat de kwaliteit van zorg voor cliënten en naasten moet zijn en hoe dit te verankeren en borgen.

In de regio Midden-Brabant bestaat het Netwerk palliatieve zorg. Dit netwerk heeft de taak opgepakt om de continuïteit van palliatieve zorg te verbeteren door betere afstemming en samenwerking tussen betrokken zorgmedewerkers. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van het *Transmuraal zorgpad palliatieve zorg Midden-Brabant*<sup>2</sup>. De Wever is een betrokken partner in dit netwerk en gebruikt het Transmuraal zorgpad om de palliatieve zorg binnen de Wever verder te ontwikkelen en te verbeteren. Dit zorgprogramma is hier een uitwerking van.

De Wever streeft ernaar dat de cliënt op het juiste moment en de juiste plek de goede zorg ontvangt. Het is daarbij van belang dat cliënten eigen regie en zeggenschap over hun leven blijven hebben, ook wanneer het levenseinde nadert. Het is belangrijk om hierbij de naasten te betrekken, zodat de betrokkenen de ruimte hebben om op eigen wijze afscheid te nemen van het leven en van elkaar.

Palliatieve zorg kan niet buiten informele zorg door familie/naasten. Zij hebben daarbij een dubbele positie. Aan de ene kant ondersteunen zij de cliënt en verlenen zij zorg. Aan de andere kant lijden zij ook onder het dreigende verlies. Als de cliënt dit niet zelf kan, nemen zij ook een aantal verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokkene over. Volgens de visie van De Wever vanuit de methode familiezorg houden de zorgmedewerkers rekening met het perspectief van de familie/naasten en verplaatsen zich in diens situatie, zonder uit het oog te verliezen dat het belang van de cliënt voorop staat. Om dit alles te kunnen realiseren is een samenwerking en informatie-uitwisseling met de familie/naasten noodzakelijk.

---

<sup>1</sup> Bron: <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>

<sup>2</sup> Bron: <https://www.zorgnetwerkmb.nl/projecten/netwerk-palliatieve-zorg-midden-brabant/transmuraal-zorgpad>

### 3. Uitvoering

#### 3.1 Definitie palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van cliënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening (ongeneeslijke ziekte) of kwetsbaarheid. De zorg wordt ingezet om lijden te verlichten of te voorkomen. Dit wordt gedaan door vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Hierbij staan de wensen en behoeften van de cliënt en zijn naasten centraal, evenals behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden. Palliatieve zorg is multidisciplinaire zorg. Dit vraagt onderlinge afstemming, uitwisseling van kennis en samenwerking.

Video: *Wat is palliatieve zorg?*

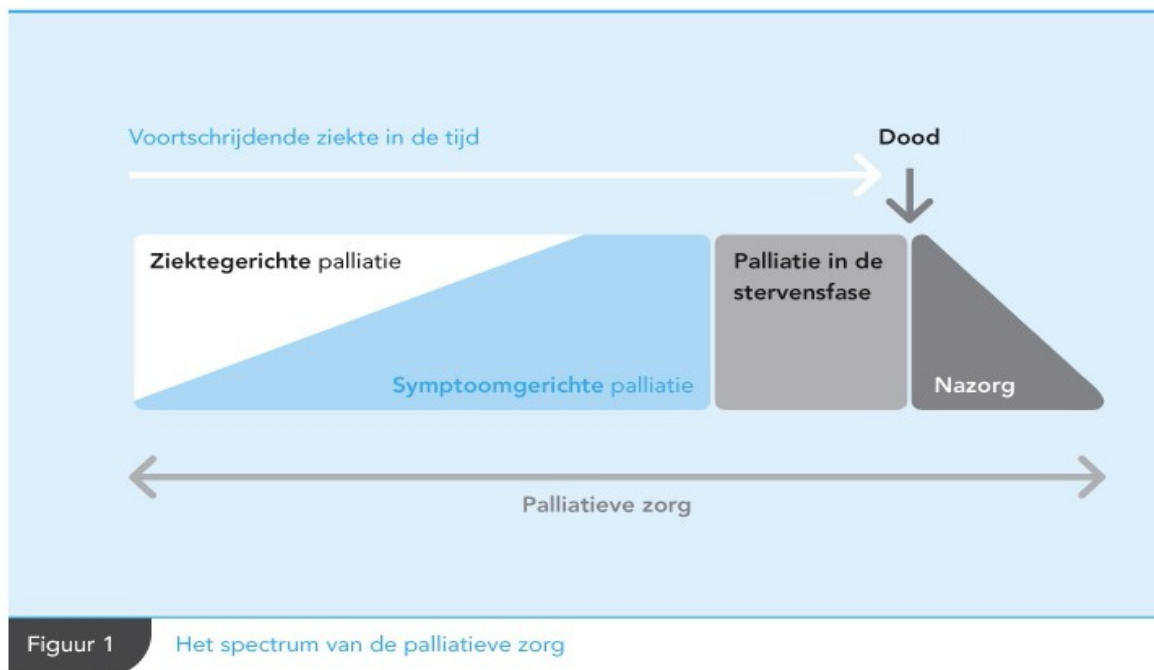
<https://www.youtube.com/watch?v=uXQHU8ItSM>

#### 3.2 Stadia in de palliatieve zorg

De palliatieve fase begint zodra definitieve genezing niet (meer) mogelijk is of als het levenseinde door kwetsbaarheid in zicht komt. De behoefte aan palliatieve zorg wordt het grootst zodra iemand naar verwachting nog maximaal een jaar te leven heeft. Palliatieve zorg wordt vaak geassocieerd met kanker, maar is net zo belangrijk bij andere levensbedreigende ziekten, zoals hartfalen, COPD, dementie, leverfalen, nierfalen of neurologische aandoeningen.

Bij palliatieve zorg wordt onderscheid gemaakt tussen 4 stadia (zie figuur 1)<sup>3</sup>

- ziektegerichte palliatie
- symptoomgerichte palliatie
- palliatie in de stervensfase
- nazorg



Figuur 1 Het spectrum van de palliatieve zorg

In de praktijk zijn ziekte- en symptoomgerichte palliatie sterk met elkaar verweven. Ze sluiten elkaar nooit uit en worden vaak tegelijk toegepast met de bedoeling om de kwaliteit van leven te verbeteren of zo lang mogelijk te handhaven.

<sup>3</sup> Bron: [Pallialine](#)

### Ziektegerichte palliatie

Ziektegerichte palliatie beoogt de kwaliteit van leven te handhaven of te verbeteren door de onderliggende ziekte te behandelen. Daarnaast kan verlenging van het leven een doel zijn, mits de kwaliteit van leven voor de cliënt op zijn minst acceptabel is en deze verlenging door de cliënt gewenst is. Ziektegerichte behandeling kan gepaard gaan met belasting en bijwerkingen (op korte en op lange termijn). Voorkomen en verlichten van de bijwerkingen is van het grootste belang. Soms is de belasting van de behandeling zo groot dat deze niet in verhouding staat tot de resultaten. In dat geval is het tijdig staken van de op de ziekte gerichte behandeling van groot belang.

Betrokken professionals moeten zich realiseren wanneer de ziekte-gerichte behandeling haar grenzen bereikt heeft en het beter is om zich te beperken tot uitsluitend symptoomgerichte palliatie.

### Symptoomgerichte palliatie

Symptoomgerichte behandeling richt zich primair op de symptomen van de cliënt, al dan niet in combinatie met ziektegerichte palliatie. Symptoomgerichte palliatie is uitsluitend gericht op het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van leven. De prioriteiten van de cliënt zijn leidend bij de keuze van de behandeling. Het doel van symptoomgerichte palliatie is om symptomen te verlichten en zo mogelijk te voorkomen met zoveel mogelijk behoud van cognitieve functies ten behoeve van de best haalbare kwaliteit van leven. Tenslotte dient er aandacht te zijn voor (anticiperende) rouw van de cliënt en de naasten.

### Palliatie in de stervensfase

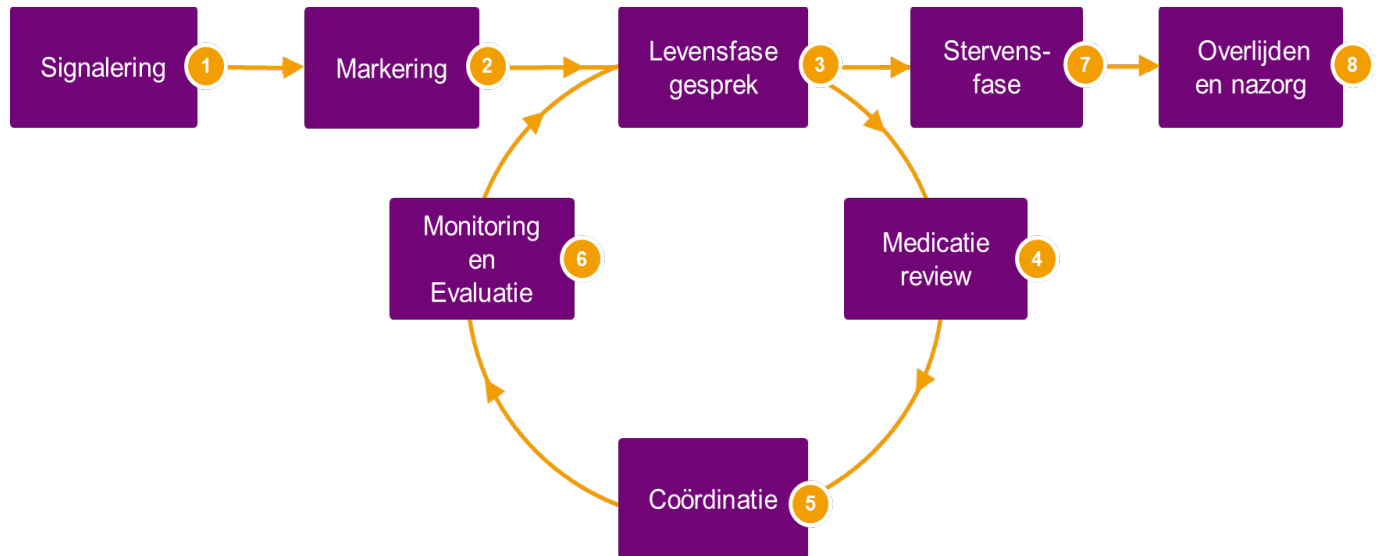
In deze fase verschuift de aandacht van kwaliteit van leven naar kwaliteit van sterven. Er zijn geen scherpe criteria voor het markeren van de start van de stervensfase. In de praktijk betreft het de laatste dagen (of hooguit de laatste 1-2 weken) voor het overlijden, waarin duidelijk is dat het overlijden onafwendbaar dichtbij is. In de stervensfase wordt geprobeerd de symptomen te verlichten, waarbij het behoud van cognitieve functies soms niet meer haalbaar of niet wenselijk is. In deze fase worden vaak beslissingen genomen met betrekking tot het naderende levenseinde, bijvoorbeeld het inzetten van palliatieve sedatie. De intentie van deze behandelingen is de last te verminderen en niet om levensverkorting te bewerkstelligen. Het begeleiden van de naasten tijdens en na het sterven en het bieden van ondersteuning bij hun rouwproces is een belangrijk aspect van de zorg.

### Nazorg

Ten slotte omvat palliatieve zorg ook de zorg voor de nabestaanden na het overlijden.

## 4 Transmuraal zorgpad palliatieve zorg<sup>4</sup>

Om de zorg in de laatste levensfase zo goed mogelijk te laten verlopen, is het transmuraal zorgpad palliatieve zorg ontwikkeld. Dit zorgpad bestaat uit 8 elementen. Aangezien de behoefte aan palliatieve zorg het grootste is, als iemand een levensverwachting heeft die korter is dan 1 jaar, begint het stappenplan op dat moment. Het schema geeft de indruk dat het opeenvolgende stappen zijn, dat is niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt.



### 1 Signalering

<p><b>Wat</b> Signaleren is het herkennen van cliënten met een beperkte levensverwachting (minder dan 1 jaar).</p>	<p><b>Wie</b> Signalering kan in principe door iedereen worden gedaan (professionals, cliënt, naaste, etc.).</p>
<p><b>Waarom</b> Signalering is nodig om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door signalering kunnen zorgmedewerkers tijdig anticiperen op (aankomende) problemen. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven van cliënten en naasten.</p>	<p><b>Hoe</b> Indien de zorgmedewerker signaleert, bespreekt deze het met de behandelend arts, die de palliatieve fase markeert. Indien cliënt/naaste signaleert, bespreekt deze het vaak met een zorgmedewerker, die het vervolgens met de arts bespreekt. Qua signalen kun je denken aan: het niet pluis gevoel, verminderde eetlust, gewichtsafname, toenemende vermoeidheid waarbij de cliënt meer in bed ligt, toenemende zorgvraag, verdere achteruitgang ondanks behandeling.</p>
<p><b>Hulpmiddelen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a> <sup>5</sup></li> </ul>	

<sup>4</sup> Met de uitwerking van dit zorgpad voor De Wever sluiten we aan bij de opzet van het Transmuraal zorgpad palliatieve zorg regio Midden-Brabant.

<sup>5</sup> Bij de meeste fasen wordt verwezen naar de link van de toolbox van het Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant. Deze toolbox is continu in ontwikkeling. Hier is de meest actuele informatie te vinden qua informatie en hulpmiddelen.

<p><b>Wat</b></p> <p>De palliatieve fase start met het (h)erkennen van cliënten met een beperkte levensverwachting (minder dan 1 jaar).</p>	<p><b>Wie</b></p> <p>Markering gebeurt door behandelend arts of verpleegkundig specialist. Degene die markeert heeft de verantwoordelijkheid om het levensfasegesprek te voeren óf om dat over te dragen aan een andere professional.</p>
<p><b>Waarom</b></p> <p>Markeren is van belang omdat daardoor – voor zowel cliënt als professional – helder wordt dat de laatste levensfase van de cliënt is aangebroken. Op basis daarvan kunnen (behandel)keuzes worden gemaakt.</p>	<p><b>Hoe</b></p> <p>Markeren gebeurt tijdens 1 of meerdere gesprekken met de cliënt en mogelijk de naasten. De manier waarop is afhankelijk van de behoefte van de cliënt. De ene cliënt heeft meer tijd nodig om te onderkennen dat hij in de palliatieve fase is beland dan de andere. De surprise question (“Zou het mij verbazen als de cliënt binnen een jaar overlijdt?”) is behulpzaam voor het ‘markeren’ van de cliënt.</p>
<p><b>Hulpmiddelen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surprise question: “Zou het mij verbazen als deze cliënt binnen een jaar overlijdt?”</li> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a></li> </ul>	

<p><b>Wat</b></p> <p>Het levensfasegesprek/Advance Care Planning (ACP) is het proces (vaak meerdere gesprekken) waarbij een cliënt, in samenspraak met hulpverleners en naasten, zinvolle en haalbare doelen formuleert en vastlegt over huidige en over toekomstige zorg en behandeling, zowel in formele als informele gesprekken.</p>	<p><b>Wie</b></p> <p>De behandelend arts/VS bespreekt behandelwensen (zoals reanimeren, ziekenhuisopname e.d.). Zorgmedewerkers en geestelijk verzorger hebben een belangrijke rol in het verkennen en verhelderen van doelen en waarden die cliënten nastreven in ziekte en gezondheid.</p>
<p><b>Waarom</b></p> <p>ACP draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Door afspraken te maken (over verschillende aspecten zoals lichamelijk, sociaal, spiritueel en psychisch), is de kans groter dat deze fase verloopt volgens de wensen van de cliënt en wordt voorkomen dat de cliënt nog medisch zinloze behandelingen zal ondergaan. Het helpt ook de naasten, want zij dragen daardoor niet alleen de verantwoordelijkheid voor moeilijke beslissingen in die laatste periode.</p>	<p><b>Hoe</b></p> <p>Op het moment dat cliënt en/of naaste aangeeft over het levenseinde te willen praten (dit kan meteen na de markering, maar ook later, afhankelijk van de behoefte van de cliënt) of als de arts gezien het ziekteverloop het nodig acht, worden er gesprekken gevoerd. Bij intramurale cliënten met behandeling worden behandelwensen besproken door de SO/VS tijdens een zorgplanbespreking minimaal 1x per jaar en vastgelegd in de vragenlijst Beleidsafspraken en Advance Care Planning. Bij extramurale cliënten en intramurale cliënten zonder behandeling vinden deze gesprekken plaats met de eigen huisarts. De zorgcoördinator bespreekt de zorginhoudelijke wensen tijdens de zorgplanbesprekingen en legt dit vast in het zorgplan.</p>

<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vragenlijst Beleidsafspraken en Advance Care Planning in EZD</li> <li>• Diverse folders (zie paragraaf 7)</li> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a></li> </ul>	

## 4 Medicatiereview

<b>Wat</b> De medicamenteuze behandeling afstemmen op de palliatieve fase, ter voorkoming van zoveel als mogelijk (vermijdbare) bijwerkingen van medicatie.	<b>Wie</b> Behandelend arts, indien nodig in overleg met de apotheker en/of palliatief consulent.
<b>Waarom</b> Het is belangrijk te bekijken in hoeverre de gebruikte geneesmiddelen nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden (denk aan controles van de bloeddruk) en in hoeverre alle aandoeningen afdoende behandeld (moeten) worden.	<b>Hoe</b> SO/VS voert medicatiereview uit op het moment dat WLZ cliënt met behandeling bij De Wever komt wonen en bij veranderingen van de gezondheidssituatie. Daarnaast vindt standaard 2x per jaar een medicatiereview plaats door SO/VS en apotheker. Vanuit het transmuraal zorgpad is het wenselijk dat huisartsen tenminste 1x per jaar een medicatiereview doen met de apotheker samen.
<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a></li> </ul>	

## 5 Coördinatie

<b>Wat</b> Gecoördineerde, afgestemde zorg in de palliatieve fase.	<b>Wie</b> Intramuraal hoort dit bij de zorgcoördinator. Als in de thuissituatie meerdere partijen betrokken zijn (MZT, Liever Thuis, wijkzorg) dan wordt afgestemd wie de coördinerende zorgmedewerker is.
<b>Waarom</b> Goede kwaliteit van palliatieve zorg vraagt om coördinatie en continuïteit van zorg met kennis van zaken én met behoud van zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van cliënt en naasten.	<b>Hoe</b> De coördinerend zorgmedewerker is iemand die de zorg coördineert en de eerste contactpersoon is bij vragen of problemen voor de cliënt, naasten en betrokken professionals. Ook heeft en houdt de coördinerend zorgmedewerker het overzicht over de ingezette zorg en ondersteuning. Voor cliënt en naaste is duidelijk hoe de coördinerend zorgmedewerker te bereiken is en hoe diens waarneming geregeld is.
<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het EZD bij basisgegevens staat de zorgcoördinator vermeld.</li> </ul>	

<b>Wat</b> Regelmatige afstemming met cliënt /naasten over de zorg en behandeling.	<b>Wie</b> De hoofdbehandelaar en/of de coördinerend zorgmedewerker met de cliënt en/of naasten.
<b>Waarom</b> Veranderingen in kwetsbaarheid en wensen van de cliënt signaleren en monitoren, zodat het beleid daarop wordt afgestemd.	<b>Hoe</b> Formele (zorgplangesprek) en informele gesprekken met de cliënt en naasten over de wensen en vragen, behandel mogelijkheden en keuzes. Maak heldere afspraken met de cliënt en/of naasten op welke termijn de evaluatie gebeurt.
<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgplan en zorgplangesprek</li> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a></li> </ul>	

<b>Wat</b> Laatste dagen (of hooguit de laatste 1-2 weken) voor het overlijden, waarin duidelijk is dat het overlijden onafwendbaar dichtbij is.	<b>Wie</b> Markering gebeurt door behandelend arts of verpleegkundig specialist samen met de zorgcoördinator. Bij afwezigheid van de zorgcoördinator vindt afstemming plaats met aanwezige verpleging/verzorging.
<b>Waarom</b> In deze fase verschuift de aandacht van kwaliteit van leven naar kwaliteit van sterven.	<b>Hoe</b> Op het moment dat sterven binnen enkele dagen gaat plaatsvinden, vindt weer een markeringsmoment plaats. De vaststelling dat de stervensfase is aangebroken (' <i>diagnosis dying</i> ') gebeurt vooral op basis van goede observatie en klinische ervaring. Vanuit hun functie hebben zorgmedewerkers intensiever en frequenter contact met de cliënt en de naasten. Daardoor herkennen zij vaak eerder dan de arts dat de stervensfase is aangebroken. Het is belangrijk dat de arts zich dan vrijmaakt om te beoordelen of dit inderdaad zo is. De diagnose verandert de focus van de zorg.  Belangrijke signalen van de naderende dood zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• niet of nauwelijks meer eten en drinken</li> <li>• ernstige vermoeidheid en verzwakking leidend tot volledige bedlegerigheid (<a href="#">Karnofsky Performance Status</a> ≤ 30)</li> <li>• verminderde urineproductie</li> <li>• snelle, zwakke pols</li> <li>• circulatiestoornissen</li> <li>• spitse neus (de huid over neus en jukbeenderen verstrakt)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderd bewustzijn, vaak tot uiteindelijk volledig verlies van bewustzijn enkele uren voor het overlijden</li> <li>• toenemende desoriëntatie, soms gepaard gaand met hallucinaties en terminale onrust ('terminal restlessness' = terminaal delier)</li> <li>• hoorbare, reutelende ademhaling</li> <li>• onregelmatige ademhaling kort voor overlijden (Cheyne-Stokes-ademhaling)</li> </ul>
<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgpad stervensfase - operationeel in hospice De sporen</li> <li>• Inzet waakmand</li> <li>• Richtlijn Palliatieve <a href="#">'Zorg in de stervensfase'</a></li> <li>• Diverse folders (zie paragraaf 7)</li> <li>• Afspraken over laatste zorg, opbaren en uitgeleide doen (diverse protocollen in Weverkompas)</li> </ul>	

**8 Overlijden en nazorg**

<b>Wat</b> Aandacht schenken aan afsluiting en evaluatie van de geboden zorg.	<b>Wie</b> Zorgcoördinator organiseert de nazorg.
<b>Waarom</b> De nazorg richt zich op contact leggen met de naaste, horen hoe het met iemand gaat en terugkijken op en afsluiting van de geboden zorg binnen De Wever.	<b>Hoe</b> Hoe de nazorg wordt ingericht is afhankelijk van de behoefte van de naasten en de sociale context van de nabestaanden. Het is wenselijk dat na 6 weken contact wordt opgenomen voor een afsluitend gesprek.
<b>Hulpmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Toolbox Netwerk palliatieve zorg Midden Brabant</a></li> </ul>	



## 5 Kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering

Het bieden van goede palliatieve zorg stelt hoge eisen aan de deskundigheid en het oplossingsvermogen van zorgmedewerkers. De deskundigheid betreft niet alleen inhoudelijke deskundigheid en vaardigheden gericht op zorgverlening, maar ook op communicatief, organisatorisch, sociaal en moreel gebied. Bij mensen die het sterven onder ogen moeten zien, kunnen aanzienlijke morele dilemma's spelen waarmee een zorgmedewerker verantwoord moet kunnen omgaan. De Wever vindt daarom scholing op dit gebied noodzakelijk. Het is een continu proces van scholen, bijscholen en kennis verspreiden, dat wordt aangepast aan de ontwikkelingen.

### *Aandachtsvelder palliatieve zorg*

Binnen de Wever is aan elke locatie of thuiszorgteam tenminste een aandachtsvelder palliatieve zorg verbonden. Deze aandachtsvelder heeft een palliatieve opleiding gevolgd (bijvoorbeeld de basis cursus palliatieve zorg vanuit het regionale netwerk palliatieve zorg). Een aandachtsvelder fungeert als aanspreekpunt binnen het team voor palliatieve zorg. Hij/zij ondersteunt en coacht teamleden en levert een actieve bijdrage aan de kwaliteit van de palliatieve zorg. De aandachtsvelder signaleert hiaten in uitvoering en kennis en bespreekt dit binnen het team. Hij/zij zorgt ervoor dat er gewerkt wordt volgens de afspraken en protocollen binnen de Wever. Er zijn korte lijntjes tussen de aandachtsvelders en het expertteam palliatieve zorg.

### *Scholing*

Elke zorgmedewerker vanaf niveau 3 volgt 1x per 3 jaar de e-learning 'Palliatieve zorg' via Opleidingsplein.

Daarnaast biedt het expertteam palliatieve zorg de aandachtsvelders periodiek scholing aan op het gebied van palliatieve zorg, om de continuïteit, kwaliteit en specifieke kennis te behouden en verbeteren. De aandachtsvelders zorgen ervoor dat de opgedane kennis binnen de teams verspreid wordt.

## 6 Experts / expertise palliatieve zorg

Als een zorgmedewerker een vraag heeft met betrekking tot palliatieve zorg, zijn er verschillende kanalen waar er informatie te verkrijgen is:

- *Expertteam palliatieve zorg De Wever*  
Bereikbaar via emailadres: [expertteampalliatievezorg@dewever.nl](mailto:expertteampalliatievezorg@dewever.nl)  
Het expertteam palliatieve zorg is een multidisciplinaire groep medewerkers van De Wever die expertise hebben op het gebied van palliatieve zorg. De rol van het expertteam is het oppakken van verbeterideeën binnen De Wever, het beantwoorden van vragen van medewerkers, advies geven aan het management over palliatieve zorg, contacten in de regio onderhouden en het bijhouden van landelijke en regionale ontwikkelingen en deze delen binnen De Wever.
- *Netwerk palliatieve zorg Midden-Brabant*  
<https://www.zorgnetwerkmb.nl/projecten/netwerk-palliatieve-zorg-midden-brabant/>
- *Praktijk voor Levensvragen Midden-Brabant*  
De geestelijk verzorgers zijn professionals die begeleiding, hulpverlening en advies bij zingeving en levensbeschouwing bieden. Zij kunnen bij thuiswonende mensen kosteloos worden ingezet.  
Telefoonnummer: 013 – 462 87 30.
- *PalliArts*  
Dit is een gratis te downloaden app die richtlijnen, formularia, checklists, voorlichtingsfolders, consultatiemogelijkheden en organisaties weergeeft met betrekking tot palliatieve zorg.

## 7 Folders

De volgende folders zijn beschikbaar over palliatieve zorg.

- Palliatieve sedatie
- De stervensfase
- Delier
- Morfine, feiten en fabels
- Een dierbare verliezen

Deze folders zijn afkomstig van [www.IKNL.nl](http://www.IKNL.nl). (*integraal kankercentrum Nederland*)

## 8 Afronding / borgen

Het document “Zorgprogramma Palliatieve zorg” wordt opgenomen in Weverkompas en minimaal eenmaal per drie jaar geëvalueerd door het Expertteam Palliatieve zorg.