

Netwerk Palliatieve Zorg
Achterhoek en regio Zutphen

Transmuraal Zorgpad Palliatieve Zorg



INTRODUCTIE



TRANSMURAAL ZORGPAD PALLIATIEVE ZORG



Door hierboven op een cirkel te klikken kom je bij het tabblad waar meer informatie te vinden is over de desbetreffende stap in het zorgpad. Het zorgpad vertaalt het kwaliteitskader palliatieve zorg naar de praktijk. Er staat in wat er nodig is vanaf het moment dat iemand ongeneeslijk ziek is, en wie daarin iets kan betekenen. Daarnaast zijn er per fase instrumenten, methodieken en informatieve websites toegevoegd. De teksten in deze kleur zijn een link naar verdere informatie.

Introductie

Het Transmuraal Zorgpad Palliatieve Zorg is gebaseerd op de visie op palliatieve zorg van de partners in het Netwerk. Palliatieve zorg is interdisciplinaire zorg en vraagt afstemming, goede overdracht en communicatie om patiënten en naasten zo goed mogelijk te ondersteunen.

Het Transmuraal Zorgpad is ontwikkeld door een aantal professionals uit de regio vanuit verschillende disciplines

Aangepaste definitie Palliatieve Zorg in het Kwaliteitskader (gemodificeerd WHO 2002)

Palliatieve zorg is 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.

Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken

- De zorg is gericht op behoud van kwaliteit van leven en kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden;
- generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften;
- de centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit;
- de wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.

Naast bovengenoemde toelichting wordt in het Kwaliteitskader ook expliciet aandacht besteed aan de mantelzorger en culturele achtergrond.

Signaleren en markeren palliatieve fase

Waarom

Vroegtijdige signalering en markering van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, in combinatie met passende afspraken, draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënten en naasten. Markeren is van belang omdat daarbij uitgesproken wordt dat de laatste levensfase is aangebroken. En om de geleidelijke overgang van meer ziektegerichte- naar symptoomgerichte behandeling in beeld te brengen.

Wat zegt het Kwaliteitskader

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend. Vroegtijdige herkenning van de palliatieve fase vraagt een benadering waarbij het bovenal gaat om de kwaliteit van leven en sterven.

Hoe

Degene die signaleert bespreekt dit met de behandelend arts of verantwoordelijk (gespecialiseerd/wijk)verpleegkundige. Deze bekijkt wat het juiste moment is om met iemand te bespreken dat genezing niet meer mogelijk is.

Wie

Signalering kan in principe door iedereen (professionals, patiënt, naaste, etc.) gedaan worden. Het daadwerkelijke markeringsgesprek(ken) vindt plaats door de hoofdbehandelaar in overleg met medebehandelaars.

Hulpmiddelen

- Surprise question
- RADPAC
- SPIC-TNL
- Handreiking Slecht nieuwsgesprek
- KNMG Webdossier Spreken over het levenseinde
- Palli vragenlijst verstandelijk gehandicaptenzorg
- Zorg kiezen in de regio
- Signaleringsset
- Markeren bij COPD



Starten proactieve zorgplanning

Waarom

Het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning of advanced care planning/ACP) heeft een positief effect op zowel het welbevinden van de patiënt/naasten als de kwaliteit van zorg.

Wat zegt het Kwaliteitskader

Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of 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.

Wie

De hoofdbehandelaar en de centrale zorgverlener/zorgcoördinator maken, in samenspraak met de patiënt/naasten, afspraken over wie het eerste aanspreekpunt is en hoe de afstemming geregeld wordt.

Hoe

Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Van belang is om hier al vroeg (op het juiste moment) in het ziekte-traject mee te starten, vanwege de bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt/naasten. Passende voorlichting over de aard van de ziekte/kwetsbaarheid/prognose komen aan de orde, met gezamenlijke besluitvorming als uitgangspunt.

Hulpmiddelen en instrumenten

Ter ondersteuning van proactieve zorgplanning biedt dit document een overzicht van beschikbare hulpmiddelen en instrumenten voor ACP. Het document is niet uitputtend. Het is te gebruiken als bibliotheek, waar je als zorgverlener naar eigen inzicht een instrument uit kunt pikken, passend bij de situatie. Het is een levend document, dat bij nieuwe inzichten geactualiseerd wordt. Graag wijzen wij je ook op het overzicht dat er is van hulpmiddelen en instrumenten voor inwoners, patiënten en naasten. Je bent vrij om dit overzicht te delen met uw patiënten en naasten, zodat zij er zelf informatie uit kunnen halen passend bij hun situatie.

- [Hulpmiddelen & instrumenten voor professionals ACP](#)
- [Hulpmiddelen voor inwoners, patiënten en naasten](#)



Coördinatie en continuïteit van zorg

Waarom

Goede kwaliteit van palliatieve zorg vraagt om coördinatie en continuïteit van zorg met kennis van zaken, en met behoud van zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van patiënt en naasten.

Wat zegt het Kwaliteitskader

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op het juiste moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Wie

Een team van zorgverleners/vrijwilligers wordt rond patiënt en naasten gevormd, dat op het juiste moment beschikbaar is. Duidelijk is wie de hoofdbehandelaar/centrale zorgverlener is.

Hoe

De zorg voor patiënt/naasten in de palliatieve fase vraagt kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines. Het individueel zorgplan is hiervoor de basis, de patiënt is daarvan de eigenaar en de centrale zorgverlener vormt de verbindende schakel. Continuïteit van zorg vraagt regionale afspraken op het gebied van bereikbaarheid, overdracht en het uitdragen van een gezamenlijk plan.

Hulpmiddelen

- KNMG Webdossier Spreken over het levenseinde
- Verenso handreiking multidisciplinair overleg
- Folder voor naasten: Ziek word je niet alleen
- Consultatieteam Palliatieve Zorg (CPZ)
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl
- www.palvoor.nl
- Zorg kiezen in de regio
- Willem.Hart voor Levensvragen
- VPTZ
- Besluitvorming in de palliatieve fase
- PaTz



Markeren van de terminale fase

Waarom

Het heeft voorkeur om de terminale fase te markeren. Dat gebeurt bij een levensverwachting van ongeveer drie maanden. Deze markering draagt eraan bij dat onnodige behandelingen of opnames worden voorkomen en dat iemand kan overlijden op de plaats van voorkeur. Er is aandacht voor de mogelijkheden van complementaire zorg.

Wie

De hoofdbehandelaar in afstemming met alle betrokkenen.

Hoe

Het doel is comfort, verlichten van lijden van de patiënt en diens naasten en hen voorbereiden op het sterven. Continuïteit bieden op alle 4 dimensies, hierbij grenzen, wensen en vorm van ondersteuning bespreken.

Hulpmiddelen

- [Inzet vrijwilligers VPTZ](#)
- [Zorgpad Stervensfase](#)
- [Thuisarts webinformatie Ik heb niet lang meer te leven](#)
- [Bewust afzien van eten en drinken | KNMG](#)



Markeren van de stervensfase

Waarom

herkenning en erkenning van het naderend sterven maakt dat alle betrokkenen zich hierop kunnen voorbereiden. Goede communicatie hierover met patiënt en diens naasten kan de verwachtingen sturen. De aandacht gaat uit naar optimale symptoombestrijding en comfort.

Wat zegt het Kwaliteitskader

Patiënten in de stervensfase worden tijdig herkend. Het individueel zorgplan wordt hierop aangepast of het Zorgpad Stervensfase wordt gestart.

Wie

Alle betrokken zorgverleners en vrijwilligers/naasten.

Hoe

Het gesprek voeren door benoemen stervenskenmerken en mogelijke klachten die kunnen optreden. Communicatie met alle betrokkenen, 24 uren bereikbaarheid van de zorg regelen. Waken door de naasten en inzet waakmand.

Hulpmiddelen

- Inzet vrijwilligers VPTZ
- Zorgpad Stervensfase

Richtlijnen

- Zorg in de stervensfase
- Palliatieve sedatie
- Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn
- Euthanasie en hulp bij zelfdoding
- Medische beslissingen rondom het levenseinde bij verstandelijk beperkten



Verlenen zorg rondom het overlijden

Wat

Er is ruimte voor de naasten om op een gepaste manier afscheid van de stervende/overledene te nemen. Als zij de laatste zorg willen geven worden ze hierbij ondersteund. Ze krijgen gelegenheid voor levens- beschouwelijke of cultuurspecifieke rituelen.

Wat zegt het Kwaliteitskader

Zorg na het overlijden is respectvol en doet eer aan de waardigheid, cultuur en levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt en diens naasten.

Wie

Alle op dat moment betrokken zorgverleners.

Hoe

Kort na het overlijden heeft de arts, eventueel samen met de verpleegkundige, een gesprek met de nabestaanden.

Hulpmiddelen

- Rituelen rondom sterven en rouw
- Inzet vrijwilligers VPTZ



Bieden van nazorg

Wat

Rouw is het geheel van lichamelijke en emotionele reacties die optreden rondom het naderend overlijden of na het verlies van een dierbaar persoon. De rouw is bij de nabestaanden vaak al tijdens het ziekteproces gestart. Dit geldt in het bijzonder bij dementie. Rouw is een heel persoonlijk proces, iedereen rouwt op zijn eigen manier.

Wat zegt het Kwaliteitskader

De patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en (anticipatoire) rouw. Waar nodig of gewenst dient professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk te zijn.

Wie

Zorgverleners en vrijwilligers.

Hoe

Als zorgverlener heb je na het overlijden tenminste één keer een gesprek met nabestaanden (indien zij dat ook wensen). Doel is tweeledig: nagaan hoe naaste(n) de zorg ervaren hebben en daarop terugkijken; de zorgprofessional bespreekt de uitkomsten indien nodig binnen het eigen team. Daarnaast is er in dit gesprek aandacht voor de rouw, en de mogelijke behoefte aan verdere ondersteuning bij de nabestaande bijvoorbeeld als het rouwproces vastloopt. Je verwijst zonodig door naar de juiste ondersteuning. Je wijst indien van toepassing gewezen op herdenkingsmomenten die in het zorgcentrum of hospice gehouden worden.

In de flyer Steun bij verlies staan mogelijkheden voor ondersteuning en praktische tips beschreven. Deze flyer kun je achterlaten bij je bezoek.

Als zorgprofessional ben je je bewust van de eigen emoties en belasting rond het overlijden van de patiënt/client, en je zoekt zonodig tijdig adequate ondersteuning bij collega's of elders.

Hulpmiddelen

- Rouw - richtlijn Palliatieve zorg
- LSV Hulp en advies bij rouw en verlies
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl
- www.palvooru.nl

