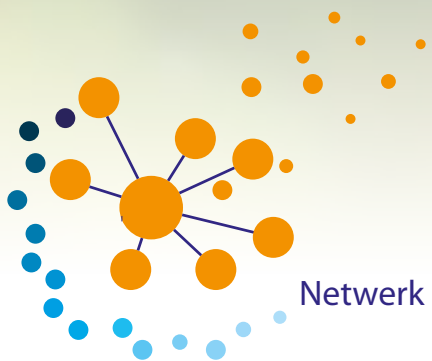
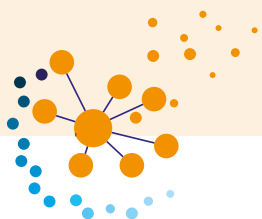


Zorgpad **Palliatieve Zorg** Rivierenland



Netwerk Palliatieve Zorg Rivierengebied

- 3 Inleiding
- 4 Doel zorgpad en uitgangspunten
- 5 Stroomschema
- 6 STAP 0 - Voorfase
- 7 STAP 1 - Signalering
- 8 STAP 2 - Markering
- 9 STAP 3 - Pro-actieve zorgplanning
- 10 STAP 4 - Stervensfase
- 11 STAP 5 - Nazorg
- 12 Bijlage 1 - Taakverdeling
- 13 Bijlage 2 - Afkortingen



Het regionale zorgpad geeft vorm aan hoe de (domein-overstijgende) samenwerking van palliatieve zorg in Rivierenland er idealiter uitziet. Het zorgpad is vanuit een behoefte van zorgverleners uit Rivierenland ontwikkeld met de intentie om meer proactief met elkaar samen te werken binnen de palliatieve zorg.

Op verschillende pagina's van deze PDF vindt u knoppen rechtsbovenaan de pagina. Deze knoppen geven bij aanklikken meer informatie over het onderwerp en kunnen middels de kruisjes weer gesloten worden. Ook de cirkels van het stroomschema zijn aanklikbaar en verwijzen naar een specifieke pagina.



Indicaties: wanneer wordt er gestart met het zorgpad?

- Op verzoek van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers.
- Bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid.
- Bij negatief antwoord op de surprise question: 'Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?'
- In een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie.
- Bij overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling.
- Bij meerdere/herhaalde ziekenhuisopnames in een relatief korte periode.
- Als de voordelen van ziektegerichte of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen.
- Bij (verwachte) sterke functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid.
- Bij ernstig fysiek, psychisch en/of spiritueel lijden.

Hoofddoel

Alle patiënten in Rivierenland krijgen tijdig de door hen gewenste palliatieve zorg (intramuraal of extramuraal) van hoge kwaliteit. Met behulp van het transmuraal palliatief zorgpad willen we de palliatieve fase beter signaleren en markeren, met aandacht voor kwaliteit van leven. De zorg samen met de patiënt en naasten vormgeven, waarbij er meer proactief in plaats van reactief wordt gewerkt.

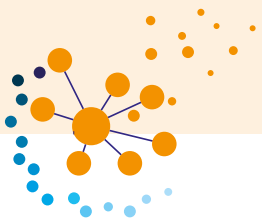


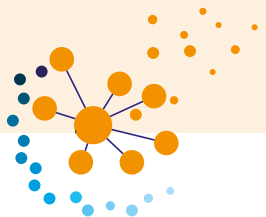
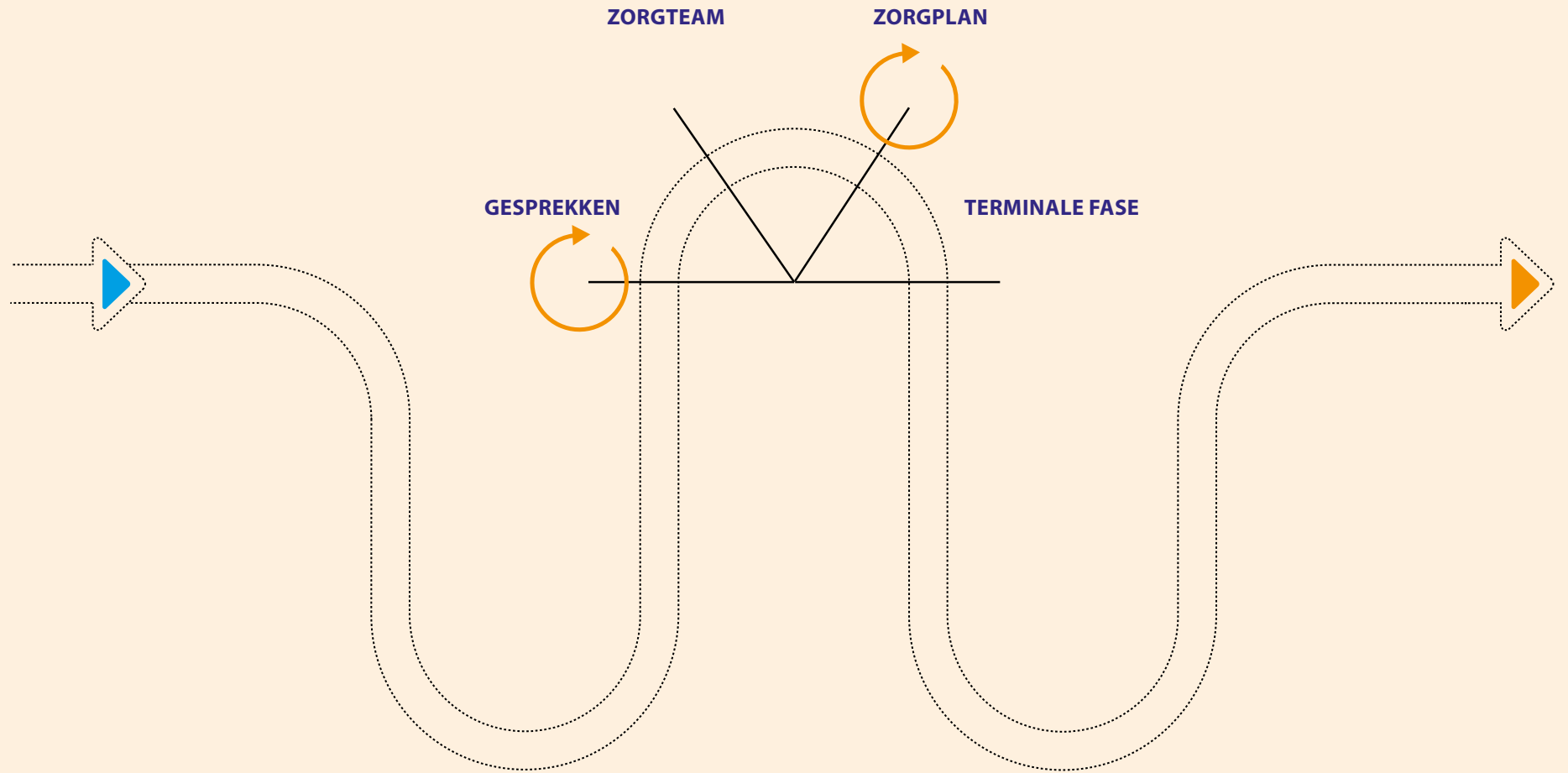
Uitgangspunten Zorgpad

- Het palliatieve zorgproces is een continue proces.
- Het zorgpad sluit aan bij het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Streven naar eigen regie van de patiënt en naasten: wensen omtrent waardigheid worden tijdens het gehele beloop van het palliatieve proces erkend en gesteund.
- Ondersteunende professionele regie ter coördinatie en ondersteuning van de eigen regie.
- Zorg zoveel mogelijk thuis (als de patiënt en de naasten het willen).
- Palliatieve zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden.
- Getrapte zorg: Generalistisch waar mogelijk en specialistisch wanneer dit noodzakelijk is. De juiste professional op het juiste moment.

Meer weten over palliatieve zorg?

Zie [pallialine](#) of download de PalliArtsapp van IKNL



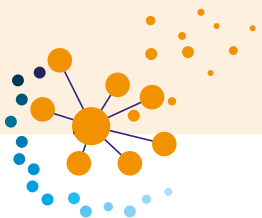


Voorfase

In deze fase wordt er nog geen palliatieve zorg verleend. Voorafgaand aan de start van de palliatieve fase kunnen behandelwensen en grenzen worden besproken / vastgelegd.

Het zorgpad is een vereenvoudiging van de werkelijkheid en suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is niet het geval, er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt.

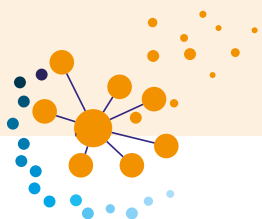
Belangrijk hierbij is het waarborgen van een continue proces van informatievoorziening tussen de zorgprofessionals.



Wat is signalering?

Vroege **herkenning** van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. [\(bron: kwaliteitskader\)](#).

Signalering kan door iedereen op verschillende momenten plaatsvinden (zie hulpmiddelen voor tools). Degene die signaleert, bespreekt dit met de behandelend arts, die de palliatieve fase markeert.



Wie is hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg?

De hoofdbehandelaar is de regisseur van de palliatieve zorg. In principe is de huisarts de hoofdbehandelaar voor de palliatieve zorg voor mensen die **zelfstandig** wonen en de SO / VS / PA de hoofdbehandelaar (in afstemming met de arts en passend bij geldende richtlijnen) voor een bewoner van een verpleeghuis.

Bij uitzondering, zoals behandeling in de 2e lijn, zal deze taak tijdelijk i.o.m. HA/SO worden gedelegeerd aan de medisch specialist. Er worden afspraken gemaakt over afstemming, taakverdeling en bereikbaarheid.

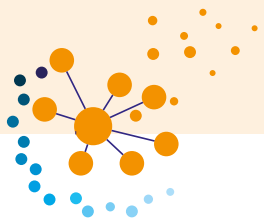
Naast de hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg kan een andere zorgverlener hoofdbehandelaar zijn voor de inhoudelijke ziektegerichte behandeling.

Markering

Markering van de palliatieve fase vindt plaats, zodat zorgverleners tijdig op (potentiële) zorgproblemen kunnen anticiperen. Daarnaast in gesprek gaan over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg.

Na het markeringsgesprek onderneemt de behandelend arts of HA, SO, PA/VS acties om de palliatieve zorg op te starten. Hieronder vallen acties als proactieve zorgplanning, het maken van een individueel zorgplan en afspraken over coördinatie van de zorg.

Markering komt niet alleen bij deze stap, maar ook in de andere fasen van het palliatief zorgpad terug, zoals markering van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase.



Proactieve zorgplanning

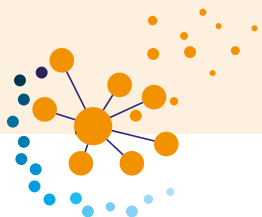
Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen, keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Gezamenlijke besluitvorming is het uitgangspunt voor het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten (waar aandacht is voor de verschillende dimensies). Deze informatie is de basis voor het individuele zorgplan.

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners (het zorgteam) gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Hierin spelen kennis en betrokkenheid van de verschillende disciplines een rol, zij werken in een interdisciplinair team samen. De patiënt/naasten heeft de regie met ondersteuning van de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Wanneer het overlijden binnen enkele weken tot 3 maanden in zicht is, spreekt men van de terminale fase. In deze fase worden maatregelen getroffen om de laatste levensfase van de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen; overlijden op plaats van voorkeur, waarbij onnodige behandelingen en/of transities wordt voorkomen. Het handelen is vooral gericht op comfort en verlichting van lijden van de patiënt en diens naasten.

[bron: kwaliteitskader](#)



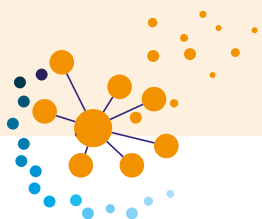
Stervensfase

De **stervensfase** omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is.

bron: kwaliteitskader

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg.

Daarnaast biedt het zorgteam ook ondersteuning aan naasten middels hun professionele deskundigheid ondersteunt met informatiefolders.



Nazorg

Nazorg is een onderdeel van rouw en verliesbegeleiding en omvat de zorg en ondersteuning die – in het kader van palliatieve zorg – door de betrokken zorgverleners geboden wordt aan de nabestaanden van de overleden patiënt. Hierbij wordt direct na het overlijden adequaat ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.

bron: kwaliteitskader

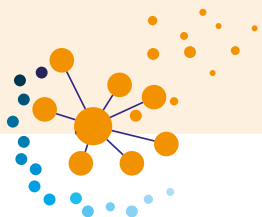


Geestelijke en/of spirituele zorg

Na een (vaak) intense of plotselinge tijd van overlijden van iemand die je lief is kan het “gewone leven” rouw op je dak vallen. Geestelijk gezien is dat meestal een tijd van totaal nieuwe ervaringen. Verdriet, opluchting, allerlei regelzaken, veel mensen die je na een paar dagen niet vaak meer ziet, je willen verschuilen, en dan weer juist gezien en gehoord willen worden, zorg voor anderen, dieren, werk, en nog zo veel meer. Hoe kan een mens koers houden, op een eigen manier, in verbinding met zichzelf? Voor veel mensen die dit overkomt (en wie overkomt het niet?) is het vaak veel wat er gebeurt en onbekend.

Het zijn geestelijk verzorgers die zich richten op dat geestelijke werk dat door u verricht wordt in die tijd. Ervaringen en ideeën vertellen, verdriet en twijfels bespreken, het kan goed bijdragen aan een proces van aan de ene kant verlies verwerken en aan de andere kant herstelgericht leven, helen.

Via het centrum voor levensvragen rivierengebied (<https://centrumvoorlevensvragen.nl/rivierengebied/>) kunt u meestal op redelijk korte termijn in contact komen met een geestelijk verzorger. De gesprekken vinden in principe plaats bij u thuis. Voor de eerste vijf gesprekken worden geen kosten in rekening gebracht. Vijf is een gemiddeld aantal.



Wie doet wat op het zorgpad?

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is de arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening (diagnostiek, behandeling en continuïteit van zorg) aan de patiënt. Wie dat is kan wisselen tijdens het ziekteproces. In de palliatieve zorg in de regio Rivierengebied is in principe **de huisarts de hoofdbehandelaar** voor mensen die zelfstandig wonen en **de specialist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist de hoofdbehandelaar** voor een bewoner van een verpleeghuis. In palliatieve situaties waarin met name tweedelijns zorg geboden moet worden, kan de huisarts, SO/VS het hoofdbehandelaarschap (tijdelijk) delegeren aan de betrokken medisch specialist. De hoofdbehandelaar is ook de regisseur van de palliatieve zorg.

Behandelend arts

De behandelend arts is degene die op zijn/haar deelgebied verantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van de patiënt. De behandelend arts is niet per se ook de hoofdbehandelaar.

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg.

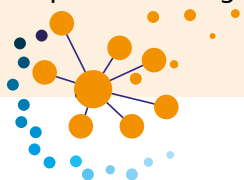
In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar (huisarts, SO/VS), dan wel gedelegeerd aan een andere zorgverlener zoals een (wijk) verpleegkundige of POH-O. [Link naar rol Centrale zorgverlener.](#)

Generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Vanuit zijn functie integreert hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig de hoofdbehandelaar of een expert palliatieve zorg.

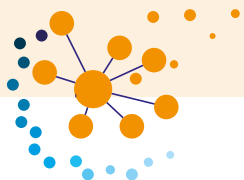
Expert palliatieve zorg

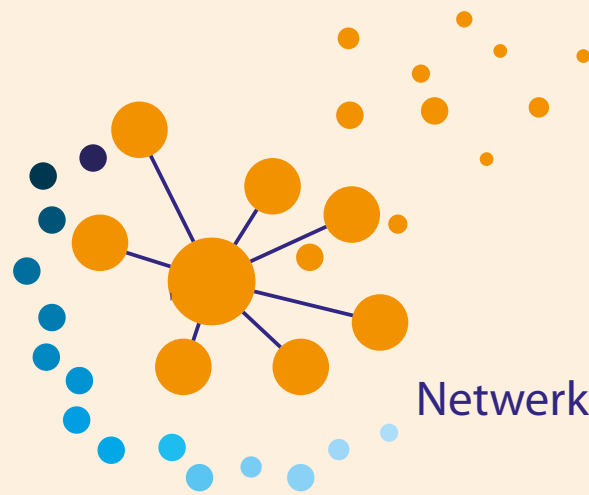
De expert palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in de palliatieve zorg, werkervaring en inhoudelijke verdieping en verbreding gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in complexe palliatieve zorg en crisissituaties.



Afkortingen

HA	Huisarts
PA	Physician assistant
SO	Specialist ouderen geneeskunde
VS	Verpleegkundig specialist
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
ACP	Advance care planning
NB	Nota bene
HIS	Huisarts informatie systeem
OZO	OZO verbindzorg
MDO	Multidisciplinair overleg
ECD	Elektronisch cliënt dossier
LSP	Landelijk schakelpunt
VPTZ	Vrijwilligers palliatieve terminale zorg
IKNL	Integraal kankercentrum Nederland
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
Patz	Palliatieve zorg thuis
Spict	Supportive Care Indicators Tool
RADPAC	RADboud indicators for PAlliative Care needs





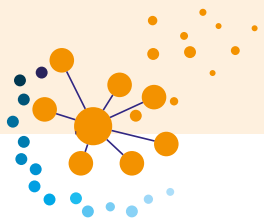
Netwerk Palliatieve Zorg Rivierengebied

Voorfase

In deze fase wordt er nog geen palliatieve zorg verleend. Voorafgaand aan de start van de palliatieve fase kunnen behandelwensen en grenzen worden besproken / vastgelegd.

Het zorgpad is een vereenvoudiging van de werkelijkheid en suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is niet het geval, er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt.

Belangrijk hierbij is het waarborgen van een continue proces van informatievoorziening tussen de zorgprofessionals.

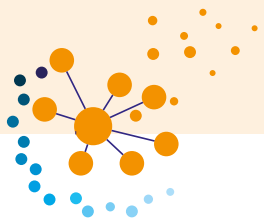


Voorfase

In deze fase wordt er nog geen palliatieve zorg verleend. Voorafgaand aan de start van de palliatieve fase kunnen behandelwensen en grenzen worden besproken / vastgelegd.

Het zorgpad is een vereenvoudiging van de werkelijkheid en suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is niet het geval, er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt.

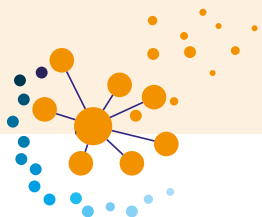
Belangrijk hierbij is het waarborgen van een continue proces van informatievoorziening tussen de zorgprofessionals.



Wat is signalering?

Vroege **herkenning** van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. [\(bron: kwaliteitskader\).](#)

Signalering kan door iedereen op verschillende momenten plaatsvinden (zie hulpmiddelen voor tools). Degene die signaleert, bespreekt dit met de behandelend arts, die de palliatieve fase markeert.



Wie is hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg?

De hoofdbehandelaar is de regisseur van de palliatieve zorg. In principe is de huisarts de hoofdbehandelaar voor de palliatieve zorg voor mensen die **zelfstandig** wonen en de SO / VS / PA de hoofdbehandelaar (in afstemming met de arts en passend bij geldende richtlijnen) voor een bewoner van een verpleeghuis.

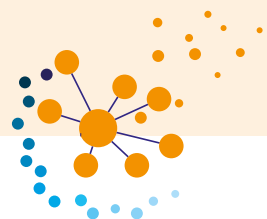
Bij uitzondering, zoals behandeling in de 2e lijn, zal deze taak tijdelijk i.o.m. HA/SO worden gedelegeerd aan de medisch specialist. Er worden afspraken gemaakt over afstemming, taakverdeling en bereikbaarheid.

Naast de hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg kan een andere zorgverlener hoofdbehandelaar zijn voor de inhoudelijke ziektegerichte behandeling.

Wat is signalering?

Vroege **herkenning** van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. [\(bron: kwaliteitskader\).](#)

Signalering kan door iedereen op verschillende momenten plaatsvinden (zie hulpmiddelen voor tools). Degene die signaleert, bespreekt dit met de behandelend arts, die de palliatieve fase markeert.



Wie is hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg?

De hoofdbehandelaar is de regisseur van de palliatieve zorg. In principe is de huisarts de hoofdbehandelaar voor de palliatieve zorg voor mensen die **zelfstandig** wonen en de SO / VS / PA de hoofdbehandelaar (in afstemming met de arts en passend bij geldende richtlijnen) voor een bewoner van een verpleeghuis.

Bij uitzondering, zoals behandeling in de 2e lijn, zal deze taak tijdelijk i.o.m. HA/SO worden gedelegeerd aan de medisch specialist. Er worden afspraken gemaakt over afstemming, taakverdeling en bereikbaarheid.

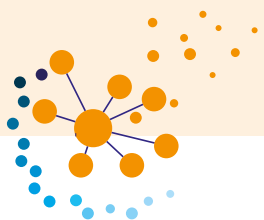
Naast de hoofdbehandelaar voor palliatieve zorg kan een andere zorgverlener hoofdbehandelaar zijn voor de inhoudelijke ziektegerichte behandeling.

Markering

Markering van de palliatieve fase vindt plaats, zodat zorgverleners tijdig op (potentiële) zorgproblemen kunnen anticiperen. Daarnaast in gesprek gaan over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg.

Na het markeringsgesprek onderneemt de behandelend arts of HA, SO, PA/VS acties om de palliatieve zorg op te starten. Hieronder vallen acties als proactieve zorgplanning, het maken van een individueel zorgplan en afspraken over coördinatie van de zorg.

Markering komt niet alleen bij deze stap, maar ook in de andere fasen van het palliatief zorgpad terug, zoals markering van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase.

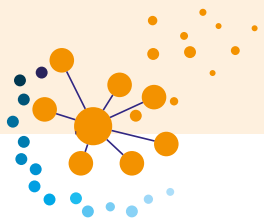


Markering

Markering van de palliatieve fase vindt plaats, zodat zorgverleners tijdig op (potentiële) zorgproblemen kunnen anticiperen. Daarnaast in gesprek gaan over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg.

Na het markeringsgesprek onderneemt de behandelend arts of HA, SO, PA/VS acties om de palliatieve zorg op te starten. Hieronder vallen acties als proactieve zorgplanning, het maken van een individueel zorgplan en afspraken over coördinatie van de zorg.

Markering komt niet alleen bij deze stap, maar ook in de andere fasen van het palliatief zorgpad terug, zoals markering van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase.



Proactieve zorgplanning

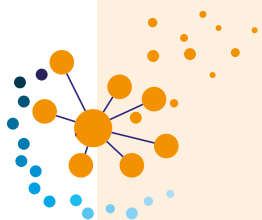
Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen, keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Gezamenlijke besluitvorming is het uitgangspunt voor het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten (waar aandacht is voor de verschillende dimensies). Deze informatie is de basis voor het individuele zorgplan.

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners (het zorgteam) gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Hierin spelen kennis en betrokkenheid van de verschillende disciplines een rol, zij werken in een interdisciplinair team samen. De patiënt/naasten heeft de regie met ondersteuning van de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Wanneer het overlijden binnen enkele weken tot 3 maanden in zicht is, spreekt men van de terminale fase. In deze fase worden maatregelen getroffen om de laatste levensfase van de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen; overlijden op plaats van voorkeur, waarbij onnodige behandelingen en/of transities wordt voorkomen. Het handelen is vooral gericht op comfort en verlichting van lijden van de patiënt en diens naasten.

[bron: kwaliteitskader](#)



Proactieve zorgplanning

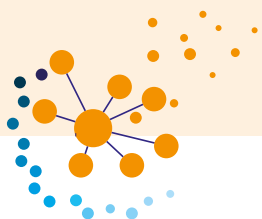
Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen, keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Gezamenlijke besluitvorming is het uitgangspunt voor het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten (waar aandacht is voor de verschillende dimensies). Deze informatie is de basis voor het individuele zorgplan.

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners (het zorgteam) gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Hierin spelen kennis en betrokkenheid van de verschillende disciplines een rol, zij werken in een interdisciplinair team samen. De patiënt/naasten heeft de regie met ondersteuning van de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Wanneer het overlijden binnen enkele weken tot 3 maanden in zicht is, spreekt men van de terminale fase. In deze fase worden maatregelen getroffen om de laatste levensfase van de patiënt zo goed mogelijk te laten verlopen; overlijden op plaats van voorkeur, waarbij onnodige behandelingen en/of transities wordt voorkomen. Het handelen is vooral gericht op comfort en verlichting van lijden van de patiënt en diens naasten.

[bron: kwaliteitskader](#)



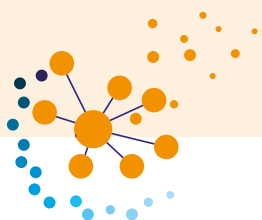
Stervensfase

De **stervensfase** omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is.

bron: kwaliteitskader

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg.

Daarnaast biedt het zorgteam ook ondersteuning aan naasten middels hun professionele deskundigheid ondersteunt met informatiefolders.



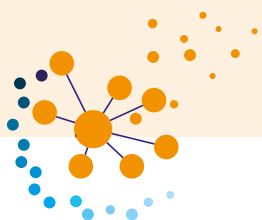
Stervensfase

De **stervensfase** omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is.

bron: kwaliteitskader

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg.

Daarnaast biedt het zorgteam ook ondersteuning aan naasten middels hun professionele deskundigheid ondersteunt met informatiefolders.



Nazorg

Nazorg is een onderdeel van rouw en verliesbegeleiding en omvat de zorg en ondersteuning die – in het kader van palliatieve zorg – door de betrokken zorgverleners geboden wordt aan de nabestaanden van de overleden patiënt. Hierbij wordt direct na het overlijden adequaat ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.

bron: kwaliteitskader

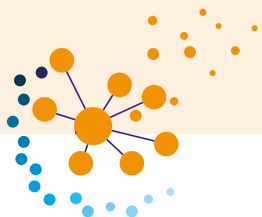


Geestelijke en/of spirituele zorg

Na een (vaak) intense of plotselinge tijd van overlijden van iemand die je lief is kan het “gewone leven” rouw op je dak vallen. Geestelijk gezien is dat meestal een tijd van totaal nieuwe ervaringen. Verdriet, opluchting, allerlei regelzaken, veel mensen die je na een paar dagen niet vaak meer ziet, je willen verschuilen, en dan weer juist gezien en gehoord willen worden, zorg voor anderen, dieren, werk, en nog zo veel meer. Hoe kan een mens koers houden, op een eigen manier, in verbinding met zichzelf? Voor veel mensen die dit overkomt (en wie overkomt het niet?) is het vaak veel wat er gebeurt en onbekend.

Het zijn geestelijk verzorgers die zich richten op dat geestelijke werk dat door u verricht wordt in die tijd. Ervaringen en ideeën vertellen, verdriet en twijfels bespreken, het kan goed bijdragen aan een proces van aan de ene kant verlies verwerken en aan de andere kant herstelgericht leven, helen.

Via het centrum voor levensvragen rivierengebied (<https://centrumvoorlevensvragen.nl/rivierengebied/>) kunt u meestal op redelijk korte termijn in contact komen met een geestelijk verzorger. De gesprekken vinden in principe plaats bij u thuis. Voor de eerste vijf gesprekken worden geen kosten in rekening gebracht. Vijf is een gemiddeld aantal.



Nazorg

Nazorg is een onderdeel van rouw en verliesbegeleiding en omvat de zorg en ondersteuning die – in het kader van palliatieve zorg – door de betrokken zorgverleners geboden wordt aan de nabestaanden van de overleden patiënt. Hierbij wordt direct na het overlijden adequaat ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.

bron: kwaliteitskader



Geestelijke en/of spirituele zorg

Na een (vaak) intense of plotselinge tijd van overlijden van iemand die je lief is kan het “gewone leven” rouw op je dak vallen. Geestelijk gezien is dat meestal een tijd van totaal nieuwe ervaringen. Verdriet, opluchting, allerlei regelzaken, veel mensen die je na een paar dagen niet vaak meer ziet, je willen verschuilen, en dan weer juist gezien en gehoord willen worden, zorg voor anderen, dieren, werk, en nog zo veel meer. Hoe kan een mens koers houden, op een eigen manier, in verbinding met zichzelf? Voor veel mensen die dit overkomt (en wie overkomt het niet?) is het vaak veel wat er gebeurt en onbekend.

Het zijn geestelijk verzorgers die zich richten op dat geestelijke werk dat door u verricht wordt in die tijd. Ervaringen en ideeën vertellen, verdriet en twijfels bespreken, het kan goed bijdragen aan een proces van aan de ene kant verlies verwerken en aan de andere kant herstelgericht leven, helen.

Via het centrum voor levensvragen rivierengebied (<https://centrumvoorlevensvragen.nl/rivierengebied/>) kunt u meestal op redelijk korte termijn in contact komen met een geestelijk verzorger. De gesprekken vinden in principe plaats bij u thuis. Voor de eerste vijf gesprekken worden geen kosten in rekening gebracht. Vijf is een gemiddeld aantal.

