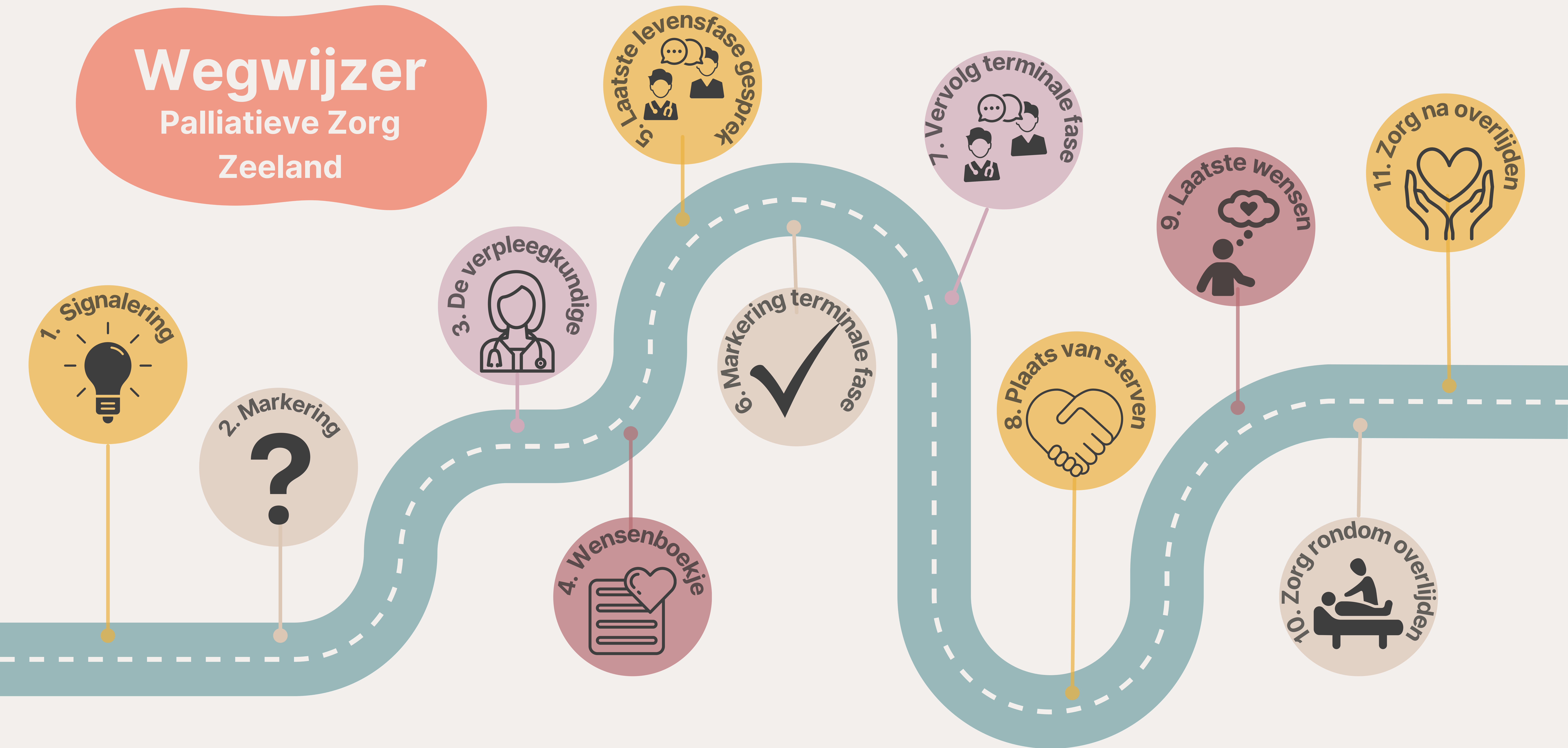
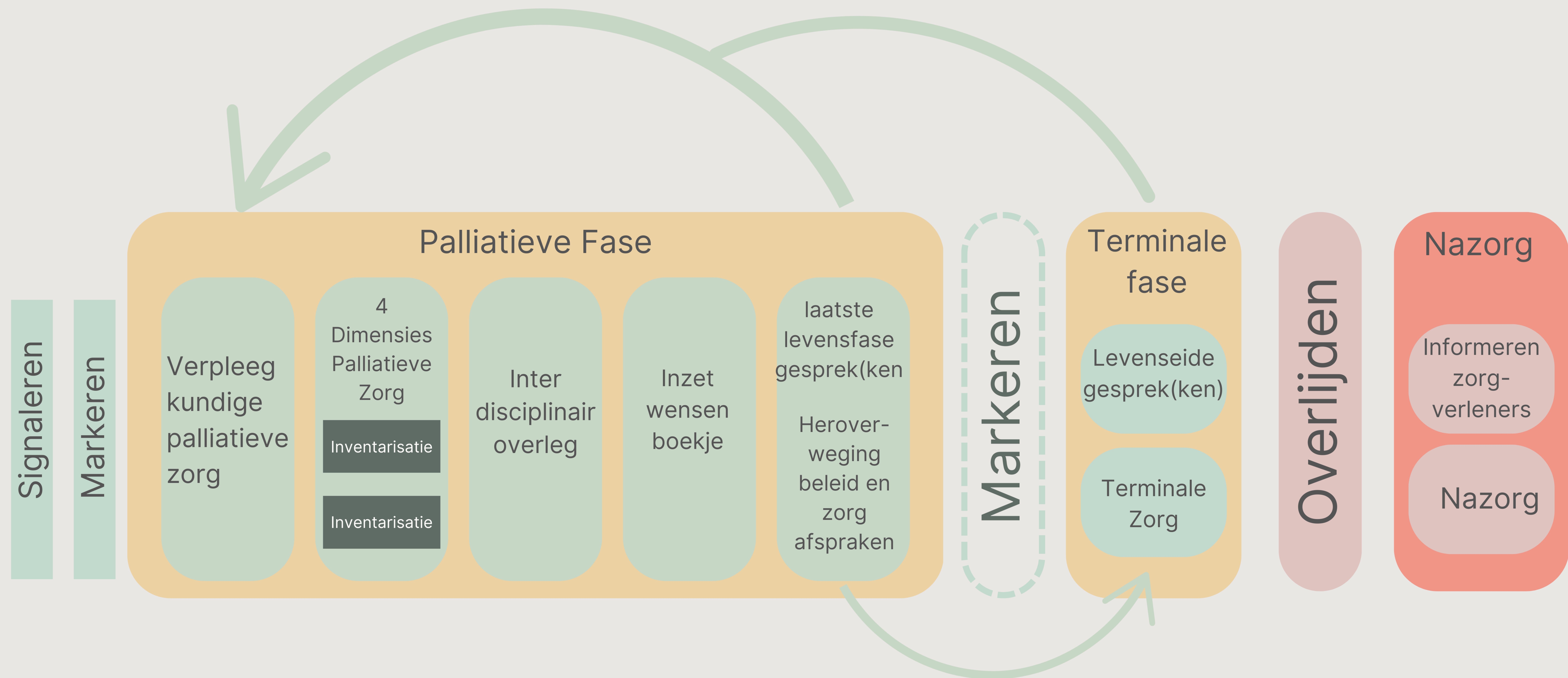


Wegwijzer

Palliatieve Zorg

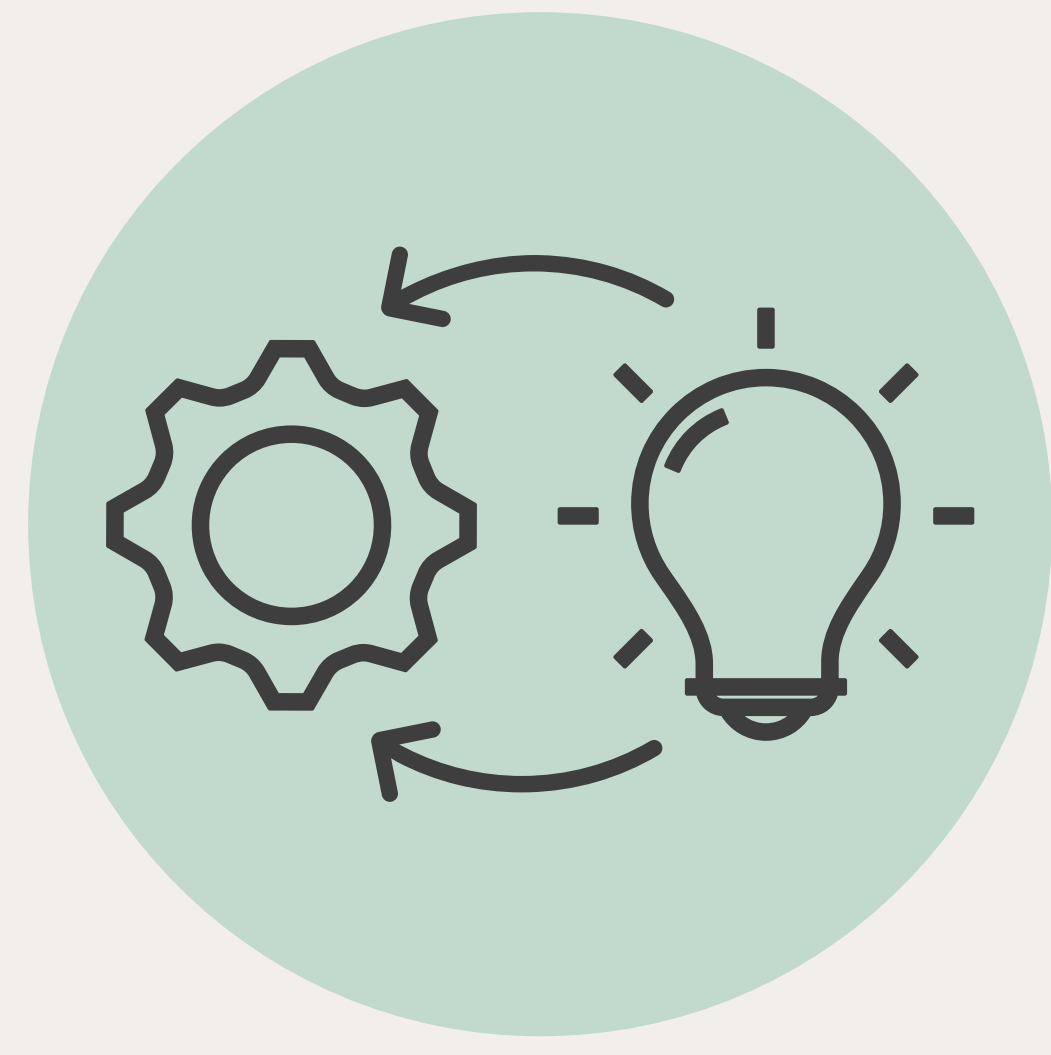
Zeeland





Advies nodig bij complexe situaties, bel het Consultatief Palliatief Team (CPT) 088- 605 1444

NB. Een model is altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Het stroomdiagram suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is echter niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en bepaalde onderdelen van de palliatieve fase kunnen gelijktijdig plaatsvinden



INTRODUCTIE MODEL

In de palliatieve fase kunnen mensen met een ongeneeslijke aandoening en kwetsbaarheid – en hun naasten – zorg en ondersteuning krijgen. Palliatieve ondersteuning is gericht op het bijdragen aan kwaliteit van leven en sterven, het is niet gericht op genezing. In de palliatieve fase gaat het om leven toevoegen aan de dagen.

Aanleiding

De behoeften van ongeneeslijk zieke mensen zijn sterk individueel. Passende palliatieve ondersteuning is altijd maatwerk en is gebaat bij goede lokale samenwerking rondom mensen in de laatste levensfase. We streven naar integrale aandacht in de zorg voor de vier dimensies: lichamelijk, sociaal, psychisch en zingeving.

Dit model is ontstaan vanuit behoefte van zorgvragers en zorgverleners uit Zeeland naar een transmurale werkwijze palliatieve zorg. Door een goed beschreven zorgpad en regionale consensus hierover, faciliteren we een continuüm van zorg (op maat) voor de palliatieve patiënt.

Het doel hiervan is:

- betere signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven
- de zorg samen met de patiënt en naasten vormgeven
- meer preventief en proactief werken i.p.v. reactief handelen
- verbetering van overdracht en samenwerking tussen verschillende disciplines
- verbeterde en eenduidige werkafspraken en protocollen
- voldoen aan inkoopcriteria van de zorgverzekeraars

Een model is altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Het schema suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt op veel verschillende locaties in de regio. De tabbladen geven een inhoudelijke verdieping van de verschillende stappen.



VIER DIMENSIES PALLIATIEVE ZORG





1. SIGNALERING

Wees op tijd:

Vroegtijdige signalering en markering van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënt en naasten.

Wie:

In principe kan iedereen de palliatieve fase signaleren. Bijvoorbeeld de patiënt zelf, de naasten of de betrokken professionals. Het daadwerkelijke markeringsgesprek wordt gevoerd door de behandelend arts.

Wat:

Signalering is nodig, om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door vroegsignalering kunnen zorgverleners tijdig anticiperen op (potentiële) zorgproblemen.

Hoe:

Degene die signaleert bespreekt dit met de regiebehandelaar, die de palliatieve fase markeert.



Expertise nodig,
klik hier



Wegwijzer



2. MARKERING VAN DE PALLIATIEVE FASE

Wie

Regiebehandelaar

Wat

Gesprek proactief aangaan met de patiënt; afhankelijk van hoe de patiënt op het slechte nieuws reageert. Is de patiënt toe aan vervolgstappen? Zo ja, stap 1 en/of 2 anders stap 3 en daarna 4.

1. Checken of palliatief verpleegkundige ziekenhuis betrokken is
2. Zorgpad starten, inzetten palliatief verpleegkundige
3. Monitoren door de behandelend arts/ huisarts (evt. later alsnog palliatief verpleegkundige inzetten)
4. Zorg voor een goede vastlegging in het patiëntendossier én uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Waarom

Het doel van markeren is dat de professional tijdig met de patiënt in gesprek gaat over vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg. De palliatieve fase verloopt voor ieder mens/ziektebeeld anders. De palliatieve fase kan soms jaren duren.





3. INZET VERPLEEGKUNDIGE PALLIATIEVE ZORG

Wie

Post HBO opgeleide Verpleegkundige palliatieve zorg

Wat

- is het eerste aanspreekpunt voor patiënt, naasten en andere hulpverleners
- is goed bereikbaar, toegankelijk en deskundig
- maakt afspraken die aansluiten op de behoeften en wensen van de patiënt
- verwijst eventueel door naar andere hulpverleners, o.a. paramedici

Hoe

- afstemming tussen huisarts en medisch specialist wie de hoofdbehandelaar is, hoe de taakverdeling is en de bereikbaarheid vastleggen
- de regiebehandelaar schakelt een verpleegkundige palliatieve zorg in, zie (formulier wie zijn de palliatief VPK), verwijzing kan ook zonder inzet van zorg
- Palliatief verpleegkundige legt contact met patiënt en houdt contact met de regiebehandelaar
- Palliatief verpleegkundige gebruikt zo nodig Besluitvorming in de palliatieve fase
- Symptoomlast analyse
- geeft flyer “houvast” mee en informeert andere betrokken zorgverleners (wordt nog ontwikkeld)
- verwijzing paramedici (sociale kaart Zeeland wordt nog ontwikkeld, voorlopig de Palliatieve Zorgzoeker gebruiken)



4. BESPREKEN WENSENBOEKJE

Wie

Verpleegkundige palliatieve zorg

Wat

Indien de patiënt dit wenst, kan het wensenboekje worden gebruikt naast een Individueel Zorgplan (IZP). Het richt zich voornamelijk op welzijn en de wensen en behoeften van de patiënt, met aandacht voor alle vier domeinen: lichamelijk, psychisch, sociaal en zingeving. De patiënt kan zelf een keuze maken uit verschillende wensenboekjes.

Hoe

Bij contact met zorgverleners kan het boekje dienen als leidraad in het gesprek.





5. LAATSTE LEVENSFASE GESPREK(KEN)

Wie

Regiebehandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg met patiënt en naaste(n).

Wat

Centraal moet staan: wat vindt de patiënt echt van belang in de laatste fase? Leg deze afspraken vast als prioriteit in het patiëntendossier en vul het ACP formulier in. Zorg voor een goede uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Dit is een dynamisch gesprek waarbij niet alle onderwerpen in één gesprek hoeven plaats te vinden. Zorg er wel voordat een opvolging van het gesprek gepland wordt.

Het wensenboekje kan als leidraad gebruikt worden.

Hoe

Gesprek met de patiënt en naasten over de behandeling, zorg en zelfmanagement.

Mogelijke onderwerpen:

Wensen patiënt/naasten, heroverweging medicatie/beleid, bezoek hospice ter oriëntatie, gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden, ondersteuning door geestelijk verzorger (Huis voor Levensvragen Zeeland), notaris over testament ed.

Hulpmiddelen:

- Instructies vastleggen en uitwisselen van ACP – ACP Toolbox
- richtlijn slecht nieuwsgesprek (IKNL)
- checklist bespreekpunten (KNMG)
- screening voor overbelaste mantelzorgers
- multidisciplinair overleg, zoals PaTz
- Cosultatief Palliatief Team



6. MARKERING TERMINALE FASE

Wie

Regiebehandelaar met patiënt en naaste(n).

Wat

Er is vastgesteld dat de laatste fase van het leven is aangebroken (weken of maanden).

Mogelijke bespreekpunten met patiënt en naasten

- gewenste plaats van overlijden
- uitleg over symptomen en de behandeling daarvan
- eventuele scenario's van overlijden
- beslissingen rond het levenseinde; afzien van ongewenste levensverlengende behandeling
- beleid ten aanzien van eventuele reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie
- ondersteuning mantelzorg
- respijt zorg
- wensambulance
- inzet vrijwilligers palliatief terminale zorg





7. VERVOLG GESPREKKEN TERMINALE FASE

Wie

Regiebehandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg met patiënt en naaste(n).

Wat

Tijdig gesprek over het naderend overlijden, centraal moet staan: wat vindt de patiënt echt van belang in deze fase? Leg alle wensen goed vast in het individueel zorgplan in het patiëntendossier. Zorg voor een goede uitwisseling met andere betrokken disciplines.

Dit is een dynamisch gesprek waarbij niet alle onderwerpen in één gesprek hoeven plaats te vinden. Zorg er wel voordat een opvolging van het gesprek gepland wordt.

Wees er bewust van dat ook in deze fase de wensen en behoeften kunnen veranderen en dat er wellicht frequenter contact nodig is.

Mogelijke onderwerpen

- wensen patiënt/naasten, heroverweging medicatie/beleid, bezoek hospice ter oriëntatie, gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden, notaris over testament ed.
- ondersteuning mantelzorg
- ondersteuning door geestelijk Verzorger ([Huis voor Levensvragen Zeeland](#))
- respijt zorg
- wensambulance
- inzet vrijwilligers palliatief terminale zorg



Overweeg

- inzet Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg (VPTZ).
- Cosultatief Palliatief Team
- attenderen op boeken / tijdschriften www.doodgewoonbespreekbaar.nl en Palvooru.nl
- overweeg rouwzorg (Huis voor Levensvragen Zeeland, Zeeuws Verlies), denk niet te snel dat er iets 'mis' is.



8. HEROVERWEGEN PLAATS VAN STERVEN

Wie

Regiebehandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg met patiënt en naaste(n).

Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten. Mits dit haalbaar is met de inzet van zorg.

Hoe

- afspraken vastleggen.
- waar vindt het overlijden plaats
- eventueel aanmelden bij hospice of palliatieve unit
- afstemming met de mantelzorgers
- waken door de naasten
- 24-uurs bereikbaarheid van zorg
- bespreken mogelijkheden inzet van domotica
- inzet Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg (VPTZ), eventueel oriënterend gesprek regelen





9. LAATSE WENSEN

Wie

Dit kan iedereen zijn, de patiënt zelf, zijn naasten en/of een professional.

Wat

Vraag aan de patiënt wat hij/zij nog wil doen, zien of beleven in deze laatste fase? Dit kunnen grote en kleine wensen zijn. Veel mensen willen nog graag een belangrijke gebeurtenis meemaken, bijvoorbeeld een geboorte, een huwelijk of een eindexamen. Soms wordt de datum vervroegd of wordt de gebeurtenis deels beleefd door bijvoorbeeld samen op de foto te gaan in trouwkleding. Anderen gaan nog een keer met elkaar op vakantie of genieten van een fijne massage.

Hoe

De patiënt kiest zelf. Geef de patiënt mee om goed na te denken over zijn keuzes. Leg uit dat het energieniveau bepalend kan zijn. Vraag uit wat de meeste voldoening geeft. Geef ook aan dat patiënt zaken mag afstoten.





10. ORGANISEER ZORG RONDOM PLAATS VAN STERVEN

Wie

Regiebehandelaar en/of verpleegkundige palliatieve zorg met patiënt en naaste(n).

Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten. Mits dit haalbaar is met de inzet van zorg.

Hoe

- 24-uurs beschikbaarheid regelen
- hulpmiddelen / materialen in huis halen
- opstarten van domotica
- afstemming met de mantelzorgers ([screeningslijst](#)).
- waken door de naasten; inzet waakmand
- [folder stervensfase \(IKNL\)](#).
- inzet [Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg \(VPTZ\)](#).
- zorgpad stervensfase
 - [ziekenhuisversie](#)
 - [thuiszorgversie](#)
 - [verpleeghuisversie](#)



11. ORGANISEER ZORG NA HET OVERLIJDEN

Wie

Formele en informele zorgverleners en nabestaanden.

Wat

Als zorgverlener en/of organisatie afscheid nemen en medeleven tonen. Aandacht schenken aan afsluiting/evaluatie van de geboden zorg is belangrijk voor nabestaanden. Het blijkt zinvol en troostend te zijn om nabestaanden uit te nodigen voor een herdenkingsbijeenkomst.

Hoe

Afhankelijk van de plaats van overlijden, denk aan onderstaande mogelijkheden:

- uitgeleide doen bij uitdragen
- een condoleancekaart sturen / de condoleance bezoeken
- aanwezig zijn bij crematie of begrafenis
- huisbezoek / telefonisch nazorggesprek
- folder: Een dierbare verliezen
- maak nabestaanden attent op of nodig ze uit voor een herdenkingsbijeenkomst
- (herhaling) attenderen op boeken / tijdschriften www.doodgewoonbespreekbaar.nl en Palvooru.nl
- 1 jaar na overlijden op de sterfdag een telefoontje/kaart
- (herhaling) overweeg rouwzorg ([Huis voor Levensvragen Zeeland](#), [Zeeuws Verlies](#)), denk niet te snel dat er iets 'mis' is.