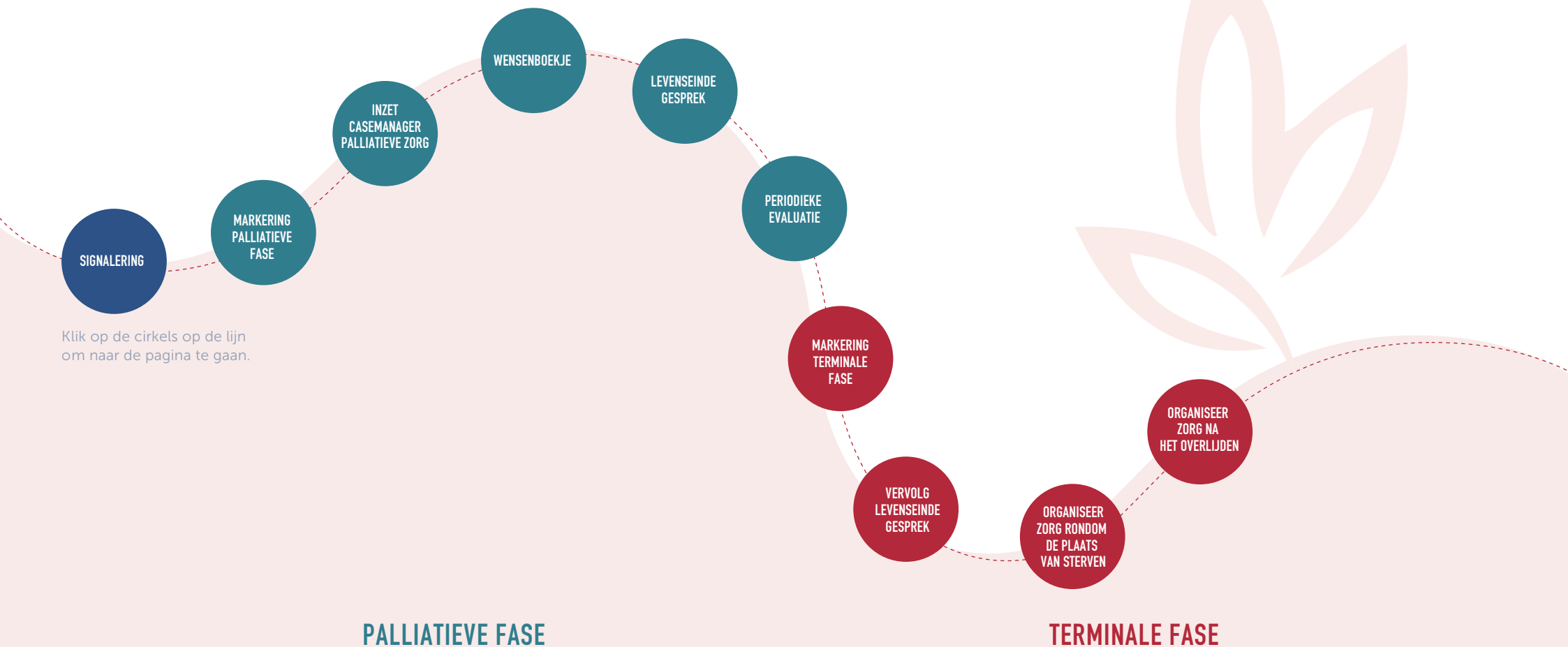


Transmuraal Levenspad
voor de **palliatieve fase**



Klik op de cirkels op de lijn om naar de pagina te gaan.



Introductie model

Het Levenspad Palliatieve Zorg ondersteunt zorgverleners binnen Gooi en Vechtstreek bij het bieden van samenhangende, persoonsgerichte zorg vanaf het moment dat iemand niet meer beter wordt tot en met de nazorg. Het pad helpt om vroegtijdig te signaleren, samen te plannen en te doen wat voor mensen en hun naasten van waarde is. Dit is een doorlopend, dynamisch proces.



Doel

- Tijdige signalering en markering van de palliatieve fase.
- Zorg samen met patiënt en naasten vormgeven.
- Proactief werken en over de lijnen heen samenwerken.
- Eenduidige afspraken en overdracht in de regio.

Het model is gebaseerd op de praktijkervaringen uit de regio Oost-Veluwe en verder ontwikkeld binnen het project Levenspad Palliatieve Zorg Gooi en Vechtstreek.



Uitgangspunt

Het levenspad is geen strak protocol, maar een hulpmiddel om steeds af te stemmen op wat belangrijk is voor deze persoon.

Dit levenspad is voor professionals. De genoemde hulpmiddelen en organisaties zijn voorbeelden en niet uitputtend. Patiënten en naasten verwijzen we door naar de website Leven tot het Laatste van Gooi en Vechtstreek.

- ▶ Als Gooi en Vechtstreek hebben we een expertteam. Heb je extra expertise nodig? Benader het Expertteam Palliatieve Zorg Gooi en Vechtstreek, bestaande uit casemanagers palliatieve zorg en kaderartsen.



Signalering

Wie

Iedereen kan signaleren dat de palliatieve fase mogelijk is aangebroken, ook naasten of andere betrokkenen. Alle zorg- en hulpverleners hebben hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Wat

- Herkenning dat iemand mogelijk niet meer beter wordt.
- Verschuiving van focus van genezing naar kwaliteit van leven.
- Vroegtijdige bespreking van wensen, zorgen en waarden van de persoon.
- Overleg met de behandelend arts over de vraag of de palliatieve fase gemarkeerd wordt.

Hoe

- De zorgverlener die signalen opmerkt, bespreekt dit met de huisarts en zo nodig behandelend arts.
- De arts bepaalt in overleg met betrokkene of de palliatieve fase wordt gemarkeerd.

Hulpmiddelen

- ▶ Surprise question
- ▶ SPICT (*tijdig markeren*)
- ▶ PaTz-werkwijze
- ▶ Signaleringsset palliatieve zorg
- ▶ Richtlijn Besluitvorming in de palliatieve fase
- ▶ Richtlijn proactieve zorgplanning



Verwijs mogelijkheden

- ▶ Versa Welzijn (*welzijnsorganisatie*)
- ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek
- ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland



Alle afbeeldingen zijn in co-creatie met AI gemaakt.

Markering palliatieve fase

Wie

De behandelend arts markeert de palliatieve fase, vaak op basis van eigen signalen of van collega's, naasten of de patiënt zelf. De behandelend arts kan medisch specialist, huisarts, SO of AVG zijn. Zij stemmen af wie de hoofdbehandelaar is, met duidelijke taakverdeling en bereikbaarheid.

Wat

- Gezamenlijk uitspreken dat de behandeling niet meer gericht is op genezing, maar op kwaliteit van leven.
- Kwaliteit van leven is in alle fases van het ziekteproces van groot belang.
- Bespreking van wat belangrijk is voor de persoon en hoe zorg en ondersteuning daarop aansluiten.
- Gesprek met de patiënt en diens naasten over de markering en start zo nodig met het individuele zorgplan.

Hoe

- Huisarts, SO, AVG en medisch specialist stemmen af wie de hoofdbehandelaar is, met duidelijke taakverdeling en bereikbaarheid.
- De hoofdbehandelaar start het Levenspad als de patiënt daar aan toe is.
- De hoofdbehandelaar schakelt de CmpZ in, verwijzing kan ook zonder inzet van zorg.
- Monitoring en heroverweging op een later moment, als de patiënt er nog niet aan toe is.
- Start zo nodig met het individueel zorgplan.

Hulpmiddelen

- ▶ Surprise question
- ▶ SPECT (tijdig markeren)
- ▶ Slecht-nieuwsgesprek (handreiking)
- ▶ Richtlijn Tijdig praten over het levenseinde (KNMG)
- ▶ Huisarts-Levenseinde
- ▶ Richtlijn Proactieve Zorgplanning
- ▶ Individueel Zorgplan (NHG)

- ▶ PaTz-werkwijze
- ▶ PalliArts (app)
- ▶ Handreiking Huisartsenzorg in palliatieve fase (NHG)
- ▶ NHG-Standaard Dementie
- ▶ Handreiking Dementie Verenso
- ▶ Criteria Casemanager Palliatieve Zorg



Verwijs mogelijkheden

- ▶ Thuiszorg
- ▶ Versa Welzijn
- ▶ WMO
- ▶ Questio (Centra voor Levensvragen)
- ▶ Vioer (voor mensen met kanker en naasten)
- ▶ VPTZ (vrijwillige palliatieve thuiszorg)
- ▶ Notaris
- ▶ Digitale nalatenschap

Inzet casemanager palliatieve zorg

Wie

Casemanager Palliatieve zorg (CmPZ).

Wat

- Ondersteunt hoofdbehandelaar bij complexe zorg- en/of hulpvraag.
- Aanspreekpunt voor de patiënt, naasten en andere hulpverleners.
- Goede bereikbaarheid, toegankelijkheid en deskundigheid.
- Afspraken passend bij de wensen en behoeften van de patiënt.

Hoe

- Onderhoudt contact met de patiënt en de hoofdbehandelaar.
- Voert een symptoomlastanalyse met een meetinstrument.
- Verstrekt informatie aan andere betrokken zorgverleners.
- Verwijst waar nodig naar paramedici, vrijwilligers, maatschappelijk werk of andere zorg- en hulpverleners.
- Gebruikt waar nodig 'besluitvorming in de palliatieve fase.'



Hulpmiddelen



- ▶ Criteria voor aanmelding casemanager palliatieve zorg
- ▶ Individueel digitaal Zorgplan (IDZP)
- ▶ Lastmeter
- ▶ USD4D
- ▶ Wensenboekje *Leven tot het laatst*
- ▶ Richtlijn Besluitvorming in de palliatieve fase

Verwijs mogelijkheden

- ▶ Versa Welzijn
- ▶ WMO
- ▶ Questio (*Centra voor Levensvragen*)
- ▶ Viore (*voor mensen met kanker en naasten*)
- ▶ VPTZ (*vrijwillige palliatieve thuiszorg*)
- ▶ Notaris

Wensenboekje

Wie

Iedere zorg- en hulpverlener kan het wensenboekje geven aan iemand in de palliatieve fase. Het boekje is bedoeld voor mensen zelf én voor hun naasten.

Wat

- Zichtbaar maken van gedachten, wensen en waarden.
- Aandacht voor alle vier domeinen: lichamelijk, emotioneel, psychosociaal en spiritueel.
- Ondersteuning van gesprekken over zorg, behandeling, toekomst en afronding van het leven.
- Structuur en houvast bij keuzes over zorg, behandeling en het levenseinde.

Hoe

- Nodig de persoon uit om het boekje te gebruiken als gespreksstarter met naasten en zorgverleners.
- Stimuleer om wensen en vragen te delen met de (huis)arts of hoofdbehandelaar.
- Betrek het boekje bij gesprekken over behandeling, zorg, toekomst en afronding van het leven.
- Gebruik het wensenboekje naast het individuele zorgplan.



Hulpmiddelen

- ▶ Wensenboekje *Leven tot het Laatste* (Gooi en Vechtstreek)
- ▶ Individueel Zorgplan (IZP)
- ▶ Medisch dossier (*vastleggen van afspraken*)
- ▶ Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland
- ▶ Richtlijn Proactieve Zorgplanning
- ▶ VIP live

Levenseinde gesprek

Wie

De hoofdbehandelaar gaat in gesprek met de patiënt en diens naasten. Indien gewenst sluit de casemanager palliatieve zorg (CmPZ) of een andere betrokken zorgverlener aan.

Wat

- Bespreking van wat voor deze persoon écht van betekenis is in de laatste fase.
- Thema's: wensen, behoeften, doelen, beleid, medicatie, belastbaarheid, plaats van zorg en sterven.
- Verkenning van mogelijkheden voor ondersteuning zoals geestelijke verzorging, maatschappelijk werk of inzet van vrijwilligers.
- Vastlegging van wensen rond doelen, comfort, behandeling en afscheid in het zorgplan.

Hoe

- Creëer rust en tijd en stem in het gesprek af op wat de persoon en naasten nodig hebben
- Bespreek wensen rond doelen, comfort, behandeling en afscheid; leg vast in het zorgplan.
- Bespreek behandelbeperkingen en zo nodig (sanering) medicatie.
- Gebruik het wensenboekje als hulpmiddel om woorden te geven aan waarden en keuzes.
- Huisarts en/of behandelaar informeren de betrokken zorg- en hulpverleners over proactieve zorgplanning.

Hulpmiddelen

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Richtlijn Proactieve Zorgplanning ▶ Samenvattingskaartje PZP ▶ Individueel Zorgplan ▶ PaTz-werkwijze ▶ Beslisschijf palliatief redeneren ▶ Flyer <i>Leven tot het laatst</i> ▶ VIP live | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Drie vragen uit de richtlijn spirituele zorg 1. Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment? 2. Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties? (familie, levensbeschouwing, muziek) 3. Wie zou u graag bij u willen hebben? Door wie zou u gesteund kunnen worden? |
|---|--|



Verwijs mogelijkheden

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Notaris ▶ Thuiszorg ▶ Hospice ▶ Versa Welzijn ▶ WMO ▶ Questio (<i>Centra voor Levensvragen</i>) ▶ Viore (<i>voor mensen met kanker en naasten</i>) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ VPTZ ▶ www.palvoorui.nl ▶ Landelijke informatie |
|--|---|

Periodieke evaluatie

Wie

Hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n).
Indien gewenst sluit de casemanager palliatieve zorg (CmPZ) of een andere betrokken zorgverlener aan.

Wat

- Regelmatige bespreking van hoe het gaat en wat er nodig is.
- Actualisatie van afspraken, doelen en verwachtingen.
- Ruimte voor veranderingen in wensen, draagkracht en kwaliteit van leven.

Hoe

- Plan evaluatiemomenten passend bij de situatie en behoefte van de patiënt.
- Neem het wensenboekje actief mee in het gesprek als leidraad.
- Heroverweeg beleid, medicatie en gewenste plaats van zorg of sterven.
- Leg aanpassingen vast in het Individueel Zorgplan (IZP) en informeer betrokken zorgverleners.

Hulpmiddelen

- ▶ Wensenboekje *Leven tot het laatst*
- ▶ Individueel Zorgplan (IZP)
- ▶ Richtlijnen en handreikingen palliatieve zorg (Palliaweb, PalliArts)
- ▶ Richtlijn Besluitvorming in de palliatieve fase
- ▶ Lastmeter
- ▶ USD4D
- ▶ Richtlijn mantelzorgondersteuning
- ▶ PaTz-werkwijze



Verwijs mogelijkheden

- ▶ Thuiszorg
- ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek
- ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland (ANW)
- ▶ Hospice
- ▶ Versa Welzijn
- ▶ WMO
- ▶ Questio (*Centra voor Levensvragen*)

- ▶ Vioere (*voor mensen met kanker en naasten*)
- ▶ VPTZ (*vrijwillige palliatieve thuiszorg*)
- ▶ Mantelzorg Gooi en Vechtstreek
- ▶ Notaris

Markering Terminale Fase

Wie

De hoofdbehandelaar gaat in gesprek met de patiënt en diens naasten over het vermoeden dat de terminale fase is aangebroken. Indien gewenst sluit de casemanager palliatieve zorg (CmPZ) of een andere betrokken zorgverlener aan.

Wat

- Markering van de terminale fase wanneer de levensverwachting ongeveer drie maanden is.
- Tijdige duidelijkheid over wat er nodig is in deze laatste periode.
- Bespreking van wensen, verwachtingen en wat comfort en kwaliteit van leven en sterven betekenen voor deze persoon.

Hoe

- Ga in gesprek over wat er veranderd is in het ziekteverloop en wat dit betekent
- Leg de markering en wijziging in het beleid vast in het dossier en informeer alle betrokken zorg- en hulpverleners
- Start of intensiveer ondersteuning door de CmPZ en zo nodig andere zorg- en hulpverleners.



Hulpmiddelen

- ▶ Wensenboekje *Leven tot het laatst*
- ▶ Individueel Zorgplan (IZP)
- ▶ Richtlijn Proactieve zorgplanning
- ▶ Thuisarts.nl/levenseinde
- ▶ Criteria voor aanmelding CmPZ



Verwijs mogelijkheden

- ▶ Thuiszorg
- ▶ Versa Welzijn
- ▶ WMO

- ▶ Questio (*Centra voor Levensvragen*)
- ▶ Viore (*voor mensen met kanker en naasten*)
- ▶ VPTZ (*vrijwillige palliatieve thuiszorg*)
- ▶ Mantelzorg ondersteuning
- ▶ Hospices in de regio
- ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek
- ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland (ANW)
- ▶ Doodgewoon bespreekbaar
- ▶ Vaarkracht (*voor mensen met kanker*)
- ▶ Wensambulance Nederland
- ▶ Ambulancewens

Vervolg Levenseinde gesprek

Wie

De hoofdbehandelaar gaat in gesprek met de patiënt en diens naasten. Indien gewenst sluit de casemanager palliatieve zorg (CmPZ) of een andere betrokken zorgverlener aan.

Wat

- Actualisatie van afspraken, doelen en verwachtingen.
- Ruimte voor veranderingen in wensen, draagkracht en kwaliteit van leven.

Hoe

- Bespreek mogelijke symptomen en de behandeling daarvan.
- Bespreek mogelijke scenario's rond het overlijden.
- Bespreek (sanering) medicatie en behandelbeperkingen.
- Bespreek de gewenste plaats van zorg/sterven.
- Verken mogelijkheden: hospice, vrijwilligers of geestelijke verzorging.
- Bespreek praktische zaken rond afscheid.
- Leg afspraken en aanpassingen vast in het Individueel Zorgplan (IZP).
- Blijf gemaakte afspraken evalueren en zo nodig aanpassen.



Verwijs mogelijkheden

- ▶ Thuiszorg
- ▶ Versa Welzijn (*maatschappelijk werk*)
- ▶ Questio (*Centra voor Levensvragen*)
- ▶ Vioere (*voor mensen met kanker en naasten*)
- ▶ VPTZ (*vrijwillige palliatieve Thuiszorg*)
- ▶ Mantelzorg ondersteuning
- ▶ Hospices
- ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek
- ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland (ANW)

Hulpmiddelen

- ▶ Wensenboekje *Leven tot het laatst*
- ▶ Individueel Zorgplan (IZP)
- ▶ PaTz-werkwijze



Organiseer zorg rondom de plaats van sterven

Wie

De hoofdbehandelaar en/of casemanager palliatieve zorg (CmPZ) stemmen samen met de patiënt en naasten af hoe de zorg rondom de gewenste plek van sterven wordt georganiseerd.

Wat

- Concrete afspraken over zorg passend bij de wensen van de patiënt en naasten.
- 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg.
- Beschikbaarheid van benodigde hulpmiddelen en medicatie.

Hoe

- Stem af met mantelzorgers over draagkracht en taakverdeling.
- De hoofdbehandelaar stemt de zorg af met de betrokken zorgverleners
- Zet zo nodig vrijwilligers en waakzorg in.
- Geef informatie over de stervensfase aan patiënt en naasten.

Hulpmiddelen

- ▶ Wensenboekje *Leven tot het laatst*
- ▶ Individueel Zorgplan (IZP)
- ▶ Palliakit
- ▶ Zorgpad stervensfase
- ▶ Folder Stervensfase (IKNL)
- ▶ Screeningslijst mantelzorgers



Verwijs mogelijkheden

- | | |
|---|-----------|
| ▶ Thuiszorg | ▶ VPTZ |
| ▶ Palliarts (=app) | ▶ Questio |
| ▶ Hospices in de regio | |
| ▶ Mantelzorg ondersteuning | |
| ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek | |
| ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland (ANW) | |



Organiseer zorg na het overlijden

Wie

Formele en informele zorgverleners en nabestaanden.

Wat

- Afscheid als zorgverlener of organisatie.
- Afsluiting en evaluatie van de geboden zorg, ook waardevol voor nabestaanden.
- Persoonlijk contact bij uitdragen of uitvaart, indien passend.

Hoe

- Condoleancebezoek of -kaart sturen
- Nazorggesprek, telefonisch of via huisbezoek.
- Attendeer nabestaanden op een herdenkingsbijeenkomst, indien die wordt gehouden
- Attendeer nabestaanden op beschikbare informatie en ondersteuning.
- Schenk aandacht aan de sterfdag, ongeveer een jaar na overlijden.
- Overweeg rouwzorg waar passend.
- Evalueer als zorg- en hulpverleners de geboden zorg (bijvoorbeeld in een PaTz groep).



Hulpmiddelen

- ▶ Folder: *Een dierbare verliezen*
- ▶ Nazorgwijzer Netwerk Palliatieve Zorg Gooi en Vechtstreek
- ▶ Werkboek rouwzorg

Verwijs mogelijkheden

- ▶ Versa Welzijn (*maatschappelijk werk*)
- ▶ Mantelzorg ondersteuning
- ▶ Questio
- ▶ Expertise Team palliatieve zorg, Gooi en Vechtstreek
- ▶ Consultteam palliatieve zorg Noord-Holland en Flevoland (ANW)

