|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Handleiding Palliatief redeneren – Verpleeghuis** | | | |
| **Wat is Palliatief Redeneren?** | | | **Aanvullende informatie** |
| Mensen in een verpleeghuis hebben veelal een beperkte levensverwachting als gevolg van een ongeneeslijke aandoening of toegenomen kwetsbaarheid. Hierbij kunt u denken aan mensen met kanker, dementie, MS, COPD, hartfalen of Parkinson. De zorg voor deze mensen wordt ook palliatieve zorg genoemd, gericht om de kwaliteit van leven te optimaliseren. Het ingaan van de palliatieve fase en de periode waarin palliatieve zorg verleend wordt is per bewoner verschillend. De levensduur van de bewoner hierbij kan zeer verschillen, soms duurt het weken, maanden of zelf jaren. Palliatieve zorg gaat over lichamelijke, psychische, sociale en spirituele behoeften van bewoners. Ook het ondersteunen van naasten is een belangrijk onderdeel. Om de zorgbehoeften in deze dimensies zo goed mogelijk te zien en hierbij passende zorg te bieden is een multidisciplinair team essentieel, waarbij verschillende zorgverleners samen met de bewoner en diens naasten een team vormen en samen werken naar een gezamenlijk doel.  Palliatief Redeneren is een methodiek die zorgverleners helpt om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren door vorm te geven aan het symptoom management in de palliatieve fase; het denken en handelen wordt gestructureerd. De methodiek bestaat uit het markeren van de palliatieve fase, het in kaart brengen van symptomen/wensen/behoeften van de bewoner, analyseren van symptomen, het maken van een beleid en het evalueren daarvan zodat bewoners zorg op maat ontvangen. Daarnaast ondersteunt de stapsgewijze methodische benadering de communicatie en samenwerking van en tussen zorgverleners.  Als jullie een bewoner hebben gemarkeerd, een nieuw probleem of symptoom speelt of de situatie van de bewoner veranderd starten jullie met het palliatief redeneren. | | | WEBSITE: Algemene principes van palliatieve zorg (Pallialine, 2017) <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/algemene-principes-palliatieve-zorg>  WEBSITE/BOEK: Kwliteitskader Palliatieve Zorg (IKNL/Palliactief, 2017) <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland> |
| **STAP** | **Specificatie** | **Handleiding zorgverleners** | **Aanvullende informatie** |
| **Markering van de palliatieve fase** | Surprise question: ‘Zou ik verbaasd zijn als de bewoner binnen 1 jaar komt te overlijden? | Een hulpmiddel om de palliatieve fase te markeren is het stellen van de SQ. Als jullie deze vraag met nee beantwoorden start de palliatieve fase, gesprekken over de palliatieve zorg kunnen starten en jullie kunnen kijken of de bewoner een andere benadering nodig heeft.  De gemiddelde leeftijd van een bewoner in een verpleeghuis/woonzorgcentrum is echter 8 maanden; gemiddeld gezien is dus iedereen palliatief. Er zijn natuurlijk wel uitschieters. In een verpleeghuis kan het stellen van de SQ wel helpen om met elkaar te kijken in welke fase de bewoner zich bevindt, wat iedereen uit het team observeert/denkt en aan wat jullie dit vast maken.  Het is belangrijk om hierbij ook de bewoner/naasten in mee te nemen. Geven zij zelf al iets aan? Als het nog niet gebeurt is met hun in gesprek te gaan over wat jullie observeren en wat de bewoner nu en in de toekomst belangrijk vindt  Proactieve zorgplanning  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 (KK PZ, 2017). Het is een proces die je als zorgverlener vele malen doorloopt. (Het is een denk proces dat je laat stil staan bij de huidige situatie van de bewoner en dat mee laat wegen in het beleid wat gevolgd gaat worden). | FILM: Markering van de palliatieve fase (PZNL, 2019)  <https://www.youtube.com/watch?v=FYu9iz_dCeY&feature=emb_title> |
| FIGUUR: Spectrum palliatieve zorg [Vissers, 2010] |
| WEBSITE: Praten over het levenseinde (KNMG, 2022)  <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/tijdig-praten-over-het-levenseinde.htm>  **Proactieve zorgplanning**  WEBSITE: Themapagina Proactieve zorgplanning (Palliaweb, 2021) <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning> |
| **SIGNALEREN** | | | |
| **STAP 1 – Breng situatie van de bewoner in kaart in het licht van een nieuw probleem/ symptoom of veranderde situatie** |  | Als jullie een bewoner hebben gemarkeerd, een nieuw probleem of symptoom speelt of de situatie van de bewoner veranderd starten jullie met het palliatief redeneren. In STAP 1 brengen jullie de situatie van de bewoner in kaart; deze informatie wordt mee genomen in de multidisciplinaire overleggen. Aan hand van deze informatie maken jullie dan gezamenlijk een beleid.  Ga als voorbereiding in gesprek met andere disciplines, als deze niet kunnen aansluiten bij het overleg, om een zo mogelijk compleet beeld te krijgen. |  |
| 1) Medische voorgeschiedenis | Diagnose(s)/behandelingen/co-morbiditeit | De medische voorgeschiedenis valt vooral in het domein van de arts. Het is belangrijk dat deze wel goed vermeld staat in het dossier van de bewoner. |  |
| 2) 4 dimensionale schets | Situatie schets | Wie zie ik als ik binnenkom?  Geef een letterlijke beschrijving van wat je ziet: denk daarbij aan in bed, aangekleed, in pyjama, in contact, in zichzelf gekeerd, verzorgd etc.  Probeer objectief te blijven en geen conclusies te trekken.  Beschrijf de actuele situatie, ook van alle dimensies.  Levensverhaal:  Als het nog niet gebeurt is, kan het bij deze stap helpen om het levensverhaal van de bewoner te inventariseren. |  |
| Lichamelijke dimensie | * Wat kan de bewoner nog? * Wat kan de bewoner niet meer? Wanneer is de beperking ontstaan en heeft de bewoner er last van? * Beschrijf de lichamelijke conditie |  |
| Psychisch dimensie | * Actuele cognitieve status   (intact of verminderd en op welke manier dan verminderd; bewustzijn, begrip, aandacht, geheugen, kennis en inzicht in de situatie, behoefte aan regie en controle)   * Actuele emotionele status   (zorgen, angst, somberheid, tevredenheid, stemming) |  |
| Sociale dimensie | * Welke rollen heeft/had de bewoner in het dagelijkse leven? Wat betekenen deze rollen voor de bewoner? heeft de bewoner de verandering in rollen geaccepteerd? Heeft hij/zij er moeite mee? * Draagt de bewoner nog zorg voor iemand anders? * Beschrijf de omgeving van de bewoner (familie, buren, kennissen, vrienden) Wie doen ertoe? * Begeleiding naasten: zijn er nog aspecten die bij de naasten spelen? |  |
| Spirituele dimensie | * Levensovertuiging (bij. het geloof) van de bewoner en de betekenis hiervan * Zingeving; wat geeft de bewoner kracht? * Onafgemaakte zaken: Zijn er problemen of situaties uit het verleden waar hij/zij last van heeft omdat ze niet opgelost of uitgesproken zijn maar die hij/zij zou willen bespreken? |  |
| 3) Ingeschatte levensverwachting |  | Het is belangrijk om te blijven inschatten wat de levensverwachting is van de bewoner. Het inschatten helpt om naar de zin van de (toekomstige) zorg (alle interventies) te kijken; het bepaalt het beleid.  Wie schat de levensverwachting in?  Afhankelijk van de situatie is het de inschatting van de zorgverleners of het team. Als jullie het palliatief redeneren tijdens een overleg gebruiken, kan dit hier gezamenlijk besproken worden.  De bewoner/naasten kan ook zelf aangeven dat hij/zij nog maar kort te leven heeft; dit kan dan tijdens een overleg gedeeld worden en vastgelegd worden in het dossier (niet structureel aan de bewoner vragen).  In gesprek gaan met de bewoner en naasten  Bespreek zo mogelijk de levensverwachting en veranderingen in de levensverwachting met de bewoner en zijn/haar naasten zodat zij mee genomen worden in het proces en de tijd hebben om na te denken over hun wensen, waarden en behoeften en de zorg die zij graag willen. Kijk hierbij wat de bewoner/naasten nodig hebben. |  |
| 4) Medicatie die op dit moment (daadwerkelijk) gebruikt wordt | Gebruikte medicatie/veranderingen in medicatie die recent hebben plaats gevonden | De medicatie valt vooral in het domein van de arts. Het is belangrijk dat deze wel goed vermeld staan in het dossier van de bewoner. |  |
| 5) Symptoomanalyse | Informatie anamnese, lichamelijk onderzoek en gebruik meetinstrumenten | Anamnese en lichamelijk onderzoek valt vooral in het domein van de arts.  Bij de analyse leg je alle informatie naast elkaar van wat iemand ervaart en de informatie uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek (van de arts).  Beschrijf hier de analyse van symptomen (op alle 4 dimensies) die gesignaleerd zijn. Probeer hierbij het symptoom zo specifiek mogelijk te benoemen (bij. Pijn -> welke pijn).  Gebruik meetinstrumenten (Pallialine, 2017)  - meetinstrumenten zijn gestandaardiseerde vragenlijsten waarmee een symptoom op de meest betrouwbare wijze wordt geanalyseerd  - Deze worden meestal ingevuld door de bewoner, maar soms door de naasten of door zorgverleners.  - Er zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar. Ze kunnen gebruikt worden voor:   * signaleren: waar heeft de bewoner last van? (bijv. de Lastmeter) * monitoren: hoe is het beloop in de tijd en wat is het effect van behandeling? (bijv. het Utrecht Symptoom Dagboek). * verdiepen: gestandaardiseerde meting met behulp van een specifiek meetinstrument, die de mate van (on)waarschijnlijkheid aangeeft van een behandelbare diagnose (bijv. voor depressie of delier) * diagnosticeren: het stellen van een diagnose volgens objectief toetsbare criteria (bijv. depressie volgens DSM V-criteria)   Als er een meetinstrument is gebruikt kunnen de uitkomsten hier gepresenteerd worden.  Denk hierbij aan volgende vragen:   * Wat zijn de belangrijkste conclusies? * Kan de bewoner de symptomen zelf goed aangeven, of was misschien een naaste hierbij behulpzaam? * Welke symptomen vallen op in het Utrecht Symptoom dagboek? * Zijn er veranderingen te zien door de tijd heen? * Is er een samenhang van verschillende klachten/symptomen te herkennen? * Zijn er andere meetinstrumenten gebruikt? Wat kon je uit de meetgegevens concluderen? | Meetinstrumenten  - WEBSITE: Symptoomanalyse (Pallialine, 2017) <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/algemene-principes-palliatieve-zorg/symptoomanalyse>    - BOEK: Meetinstrumenten in de palliatieve zorg (IKNL, 2018) <https://iknl.nl/getmedia/61fe7295-2c96-4472-a647-d867ea760780/palliatieve-zorg-in-beeld-meetinstrumenten.pdf> |
| 6) Betekenis van de symptomen voor de bewoner/naasten | Betekenis van symptomen | Wat betekenen de ervaren symptomen voor de bewoner? |  |
| 7) Wensen/behoeften en prioriteiten van de bewoner/naasten | Wensen/behoeften/  Prioriteiten | Hier gaat het niet alleen om de symptomen, het is breder.   * Wat zijn de wegingen van de bewoner? Waar heeft hij/zij de meeste last van en ten koste van wat? * Waar wil de bewoner/naasten prioriteit aan geven? * Wat zijn zijn/haar wensen/behoeften? * Naast bepaalde symptomen kunnen er ook andere zaken belangrijk zijn zoals bepaalde mensen nog zien, praktische dingen regelen etc. * Ook belangrijk: soms komen mensen hier niet uit en weten het niet. |  |
| Is er een discrepantie in prioriteiten tussen de bewoner en zijn familie? Bespreek dit dan met het team en de bewoner/naasten. |  |
| **BESLUITVORMING** | | | |
| **STAP 2 - Vat problematiek samen en maak proactief beleid & STAP 3. Maak afspraken over evaluatie van beleid en leg deze vast** |  | Aan hand van de boven verzamelde informatie gaan jullie nu gezamenlijk met elkaar overleggen welke symptomen het belangrijkste zijn om op te pakken, wat mogelijke oorzaken van de symptomen kunnen zijn (werkhypothese), jullie gaan afspraken maken over het beleid en de evaluatie. Dit is echt iets wat jullie als team samen doen. |  |
| 1) Prioriteren symptomen | Prioriteren symptomen | * Welke problemen zijn het belangrijkste om op te pakken? * Waar heeft de bewoner de meeste last van en wat zijn de prioriteiten van de bewoner? * Maak een keuze van 1-2 symptomen die uitgewerkt worden, waar je het verschil kan maken voor de bewoner. * Kunst is hier om te kiezen * wat vindt bewoner/naasten belangrijk en wat zie je als professional. |  |
| 2) Stel werkhypothesen op | Aard van het symptoom/ Symptoom ten gevolge van/ Beïnvloedende factoren | Een werkhypothese bevat een symptoom met de (mogelijke) oorzaak(en) en eventueel de beïnvloedende factoren. Vanuit de werkhypothese wordt het beleid ingezet.  Aanname waar het symptoom vandaan komt; wat is het meest logische?  - Kijk ook of je nog aanvullende informatie nodig hebt (consultatie binnen team/extern of gebruik meetinstrumenten of raadplegen Richtlijnen palliatieve zorg).  - Bepalen van mogelijke oorzaken is iets waarin andere disciplines (artsen) zullen meedenken.  Aard van het symptoom: waar en wanneer treedt het op? Hoe lang speelt het? Hoe veel last wordt ervaren? samenhang tussen symptomen?.  Ten gevolge van: meest aannemelijke oorzaak of oorzaken van het symptoom.  Beïnvloedende factoren: factoren die de het symptoom verergeren of verminderen. Beschrijf hier geen interventies. | **Richtlijnen Palliatieve Zorg**  - WEBSITE: Pallialine <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn>  - APP: Palliarts <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/hulpmiddelen/palliarts>  - WEBSITE: Palliaguide: <https://palliaguide.nl/#!/projects/2/tree/112>  - Samenvattingskaarten: <https://shop.iknl.nl/search/samenvattingskaart/>  Ook te raadplegen via de app  **Landelijke consultatiedienst palliatieve zorg:**  De telefonische consultatiedienst Palliatieve zorg wordt landelijk dekkend 24/7 aangeboden. Er is één landelijk telefoonnummer (088-6051444) dat via de postcode van de consultvrager uitkomt bij een consultatieteam.  **Proactieve zorgplanning**  Themapagina Proactieve zorgplanning (Palliaweb, 2021) <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning> |
| 3) Formuleer doel beleid | Doel beleid | Formuleer hier het doel van het beleid per symptoom. Probeer zo specifiek mogelijk te zijn. |
| 4) Stel plan van aanpak op | Niet medicamenteuze interventies | Maak het beleid aan hand van wat de bewoner nog wil EN wat nog haalbaar/zinvol/gewenst is.  Denk alvast na over een volgende stap als de interventie niet het gewenste effect heeft. |
| Medicamenteuze interventies |
| 5) Evaluatie afspraken | Evaluatie afspraken per ingezette interventie | Maak de volgende afspraken per interventie   * Volgend evaluatie moment * Evaluatie door * Hoe effect meten (meetinstrument) |  |
| **STAP 4 - Stel beleid zo nodig bij in overleg met de bewoner en blijf evalueren** | Evaluatie meten | Evalueer het effect van de ingezette interventies   * Effect goed * Blijf evalueren (STAP 3) * Effect afwezig/beperkt * Breng situatie opnieuw in kaart (STAP 1) + werkhypothese en beleid (STAP 2) * Kijk opnieuw naar werkhypothese + beleid (STAP 2) * Accepteer |  |
| **Bij elke stap** | **Stem af met bewoner en naasten.** | | |
| **Overweeg gebruik van meetinstrumenten.** | | |
| **Denk toekomstgericht.** | | |
| **Zorg voor adequate verslaglegging en een goede overdracht.** | | |