

netwerk palliatieve zorg | achterhoek

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.
De teksten in deze kleur zijn een link naar verdere informatie.*

Introductie

In 2016 heeft een werkgroep vanuit de programmaraad in twee sessies gewerkt aan een concept Transmuraal Zorgpad Palliatieve Zorg. Dit is interdisciplinaire zorg en vraagt afstemming, goede overdracht en communicatie om patiënten en naasten zo goed mogelijk te ondersteunen. Het zorgpad geeft handvatten aan onze **missie en visie**. Er staat in wat er gedaan moet worden en door wie. Verder zijn er hulpmiddelen en werkmethodes toegevoegd.

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg is als onderlegger gebruikt.

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 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.

Kwaliteitskader standaard

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 een gesprek al of niet te voeren. Komt er (nog) geen gesprek dan blijft de behandelend arts monitoren.

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-T-NL
- Handreiking Slecht nieuwsgesprek
- KNMG Webdossier Spreken over het levenseinde
- Palli vragenlijst verstandelijk gehandicaptenzorg
- Handreiking dementie voor familie en naasten
- Consultatieteam Palliatieve Zorg (CPZ)
- Zorg kiezen: sociale kaart in de regio
- Regionaal Transmurale Afspraak Passende Zorg West-Achterhoek
- Signaleringsset
- Besluitvorming in de palliatieve fase
- PaTz



Starten proactieve zorgplanning

Waarom

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

Kwaliteitskader standaard

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 ziektraject 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.

Instrumenten en methodieken

- Lastmeter
- Utrechts Symptoom Dagboek (USD)
- GFI: Groningen Frailty Indicator
- Gezamenlijke besluitvorming
- Patiënten informatie samen beslissen
- Voorbeeld pro actief zorgplan thuiszorg
- Voorbeeld pro actief zorgplan ziekenhuis

Meetinstrumenten mantelzorg

- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)
- Self-rated Burden Scale (SRB)



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.

Kwaliteitskader standaard

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder 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 ieder 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: Ziek wordt je niet alleen
- Consultatieteam Palliatieve Zorg (CPZ)
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl
- www.palvooru.nl
- Zorg kiezen: sociale kaart in de regio
- Richtlijn spirituele zorg



Markeren van de terminale fase

Waarom

Om er voor te zorgen dat de patiënt kan overlijden op plaats van voorkeur en om onnodige behandelingen en/of transities te voorkomen, wordt bij een levensverwachting van ongeveer 3 maanden de terminale fase gemarkeerd.

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
- Handreiking: zorg voor mensen die bewust stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen
- Folder: Wensen voor het leven in de laatste levensfase
- Zorg kiezen: sociale kaart in de regio



Markeren van de stervensfase

Waarom

Herkenning en erkenning van het naderend sterven en goede communicatie hierover met de patiënt en diens naasten, met optimale symptoombehandeling.

Kwaliteitskader standaard

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

Meetinstrumenten mantelzorg

- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)
- Self-rated Burden Scale (SRB)

Folders

- Een dierbare verliezen
- De stervensfase



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.

Kwaliteitskader standaard

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 fysieke, emotionele, cognitieve, spirituele, existentiële en gedragsmatige reacties die optreden rondom het naderend overlijden of na het verlies van een dierbaar persoon. Vaak ervaren zowel de patiënt als diens naasten gevoelens van rouw tijdens het ziekteproces. Meestal heeft rouw een natuurlijk verloop.

Kwaliteitskader standaard

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

Na overlijden wordt tijd en aandacht besteed aan de naasten om troost en steun te bieden. Er wordt een nagesprek aangeboden om de zorg te evalueren, belangrijk voor nabestaanden én zorgverleners. Herdenkingsdienst, huisbezoek, telefonisch contact, zonodig doorverwijzen.

Hulpmiddelen

- Richtlijn rouw
- Over rouw
- Vragenlijst rouw
- LSV Hulp en advies bij rouw en verlies
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl
- www.palvooruu.nl

