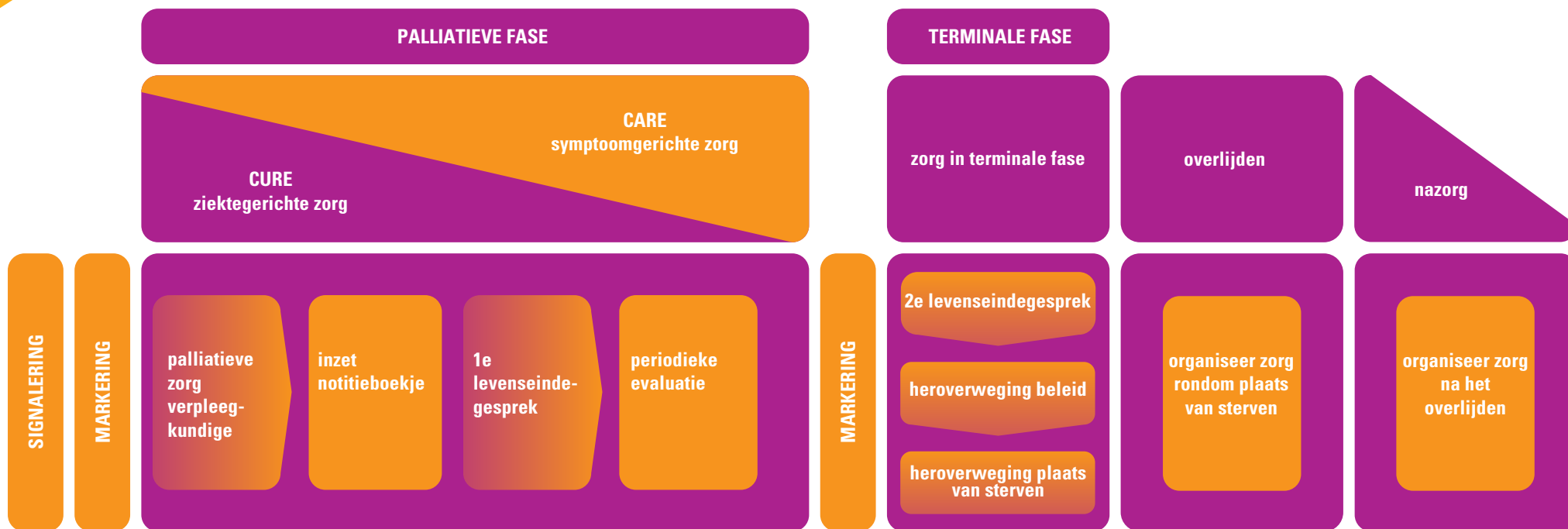


# TRANSMURAAL ZORGPAD VOOR DE PALLIATIEVE PATIËNT

Gebaseerd op het model van Lynn & Adamson  
en wensen uit de regio





Druk op een van de oranje velden om naar het hoofdstuk te gaan

## Aanleiding

Dit model is ontstaan vanuit behoefte van **zorgvragers** en zorgverleners uit Oost-Veluwe 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.*



## Wie

Signalering kan door verschillende mensen (ook door leken) en op verschillende momenten plaatsvinden, iedereen kan het gesprek over de markering initiëren.

## 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 behandelend arts, die de palliatieve fase markeert.

## Hulpmiddelen

Surprise question

Suprise question hartfalen

Suprise question COPD

PaTz

Besluitvorming in de palliatieve fase

Signaleringsset

RADPAC

Spict

Het regionale consultatieteam en/of het Team voor Ondersteunende en Palliatieve zorg (TOP) kunnen helpen signalen te duiden.



## Wie

Behandelend arts.

## Wat

Gesprek proactief aangaan met de patiënt; is de patiënt eraan toe; klopt de beleving?

Zo ja, stap 1 anders stap 2.

1. zorgpad starten, inzetten palliatieve zorg verpleegkundige (PZV)
2. monitoren door de behandelend arts

## Waarom

De behandelend arts bepaalt of het signaal leidt tot markering. 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.

## Hulpmiddelen

Een goed slechtnieuwsgesprek is het begin van een goed levenseinde

Handreiking slecht-nieuwsgesprek

Thuisarts Levenseinde

KNMG brochure voor patiënten en/of KNMG brochure voor artsen (>> verkorte versie)

Handreiking dementie

## Wie

Palliatieve zorg verpleegkundige (PZV)

## 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** en **vrijwilligers**

## Hoe

- afstemming tussen huisarts en medisch specialist wie de hoofdbehandelaar is, taakverdeling en bereikbaarheid vastleggen
- de hoofdbehandelaar **schakelt de PZV rechtstreeks in of via het transferbureau**, verwijzing kan ook zonder inzet van zorg
- PZV legt contact met patiënt en houdt contact met de hoofdbehandelaar
- PZV gebruikt zonodig **besluitvorming in de palliatieve fase**
- **symptoomlast analyse**
- geeft notitieboekje **Wat ik wil (zeggen)** en informeert andere betrokken zorgverleners
- verwijzing **paramedici** en **vrijwilligers**



## Wie

Palliatieve zorg verpleegkundige

## Wat

- Het notitieboekje wordt in de regio gebruikt naast een Individueel Zorgplan (IZP). Het richt zich voornamelijk op welzijn, wensen en behoeften van de patiënt, met aandacht voor alle vier domeinen: lichamelijk, emotioneel, psychosociaal en spiritueel
- De patiënt krijgt het notitieboekje **Wat ik wil (zeggen)**

## Hoe

Bij contact met zorgverleners heeft de patiënt het boekje bij zich en is de inhoud onderwerp van gesprek.

## Hulpmiddelen

- individueel zorgplan
- medisch dossier palliatieve zorg/levenseinde (NHG)
- kwaliteitskader palliatieve zorg



**Palliatieve Zorg**  
Informatie voor patiënten en hun naasten

## Wie

Hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n).

## Wat

Centraal moet staan: wat vindt de patiënt echt van belang in de laatste fase?

## Mogelijke onderwerpen

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

## Hulpmiddelen

- richtlijn slecht nieuwsgesprek (IKNL)
- checklist bespreekpunten (KNMG)
- screening voor overbelaste mantelzorgers
- 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?



## Wie

Hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n).

## Wat

Regelmatige afstemming met patiënt/naaste, met aandacht voor de vier domeinen  
Het **notitieboekje** wordt als leidraad gebruikt.

## Hoe

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

## Mogelijke hulpmiddelen

- handreiking Verenso
- multidisciplinair overleg, zoals PaTz
- drie vragen uit de **richtlijn spirituele zorg**
- **consultatieteam**

## Wie

Hoofdbehandelaar 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

## Hulpmiddelen

- pallialine: richtlijn zorg in de stervensfase
- thuisarts: terminale fase

## Wie

Hoofdbehandelaar 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?

## Mogelijke onderwerpen

Wensen patiënt/naasten, heroverweging medicatie/beleid, inzet PZV, inzet van terminale thuiszorg of bezoek hospice, gewenste plaats van sterven, begraven/cremeren, uitvaartverzorger over mogelijkheden, ondersteuning door geestelijk verzorger (Centrum voor Levensvragen), notaris over testament ed.

## Hulpmiddelen

- richtlijn slecht nieuwsgesprek (pallialine)
- checklist bespreekpunten (KNMG)
- PZV gebruikt zonodig besluitvorming in de palliatieve fase
- symptoomlast analyse
- 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?



## Wie

Hoofdbehandelaar met patiënt en naaste(n).

## Wat

Gesprek met patiënt en naasten over behandeling, medicatie, zorg en eigen regie, nu het overlijden dichterbij komt.

## Hoe

Centraal moet staan: wat vinden patiënt en naasten echt van belang in deze fase?

## Overweeg

- inzet **Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg (VPTZ)**
- **consultatieteam**
- starten met zorgpad stervensfase
  - ziekenhuisversie
  - thuiszorgversie
  - verpleeghuisversie



# HEROVERWEEG PLAATS VAN STERVEN

## Wie

Hoofdbehandelaar en/of PZV met patiënt en naaste(n).

## Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten.

## 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
- inzet vrijwilligers **VPTZ**, eventueel oriënterend gesprek regelen
- zorgpad stervensfase
  - **ziekenhuisversie**
  - **thuiszorgversie**
  - **verpleeghuisversie**



# ORGANISEER ZORG RONDOM DE PLAATS VAN STERVEN

## Wie

Hoofdbehandelaar en/of PZV met patiënt en naaste(n).

## Wat

Concrete afspraken maken, centraal moet staan: wat wil de patiënt in samenspraak met zijn naasten.

## Hoe

- 24-uurs beschikbaarheid regelen
- hulpmiddelen / materialen in huis halen
- afstemming met de mantelzorgers (**screeningslijst**)
- waken door de naasten; inzet waakmand
- **folder stervensfase (IKNL)**
- inzet **vrijwilligers VPTZ**
- zorgpad stervensfase
  - **ziekenhuisversie**
  - **thuiszorgversie**
  - **verpleeghuisversie**



# 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; belangrijk voor nabestaanden. Het blijkt zinvol en troostend te zijn om nabestaanden uit te nodigen voor een herdenkingsbijeenkomst.

## Hoe

- uitgeleide doen bij uitdragen
- een condoleancekaart sturen / de condoleance bezoeken
- aanwezig zijn bij crematie of begrafenis
- huisbezoek / telefonisch nazorggesprek
- folder: [Verder na het verlies van een dierbare](#)
- maak nabestaanden attent op of nodig ze uit voor een herdenkingsbijeenkomst
- attenderen op boeken / tijdschriften [www.doodgewoonbespreekbaar.nl](http://www.doodgewoonbespreekbaar.nl) [www.palvoor.nl](http://www.palvoor.nl)
- 1 jaar na overlijden op de sterfdag een telefoontje/kaart
- overweeg [rouwzorg](#) (denk niet te snel dat er iets 'mis' is)