

Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg West-Achterhoek

Gelijke, bereikbare en zo nodig gespecialiseerde zorg
voor iedere inwoner in de regio.



Waarom dit Zorgpad

Het Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg helpt de samenwerking in de palliatieve zorg te organiseren. Het biedt een overzichtelijk stappenplan voor zorgprofessionals met benodigde acties. Het Zorgpad hanteert een proactieve aanpak, waarbij zorgprofessionals de situatie van de patiënt goed kennen en rekening houden met behandelwensen. Cruciaal is het anticiperen en goed overdragen van relevante informatie om crisissituaties te voorkomen. Dit Zorgpad is een doorontwikkeling van het Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg Achterhoek uit 2018 te vinden op <https://palliaweb.nl/netwerk-achterhoek>. In het digitale document zijn ondersteunende instrumenten te vinden.

Door het Zorgpad te hanteren, wordt beschikbare expertise tijdig geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Belangrijke doelen zijn de verbinding tussen eerste, tweede en derdelijnzorg, samenwerking, samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals over de verschillende domeinen en proactieve zorgplanning.



palliaweb.nl/netwerk-achterhoek



Uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)

“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.”

Multidisciplinaire samenwerking

Palliatieve zorg is multidisciplinair. Huisartsen, medisch specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers, vrijwilligers en paramedici werken samen aan het zorgproces. Goede samenwerking en tijdige inzet van zorg, dragen bij aan betere zorg en tevredenheid, en verminderen acute vragen en crises buiten kantooruren.

Landelijke en regionale ontwikkelingen

Het Zorgpad sluit aan op landelijke en regionale programma's die transmurale samenwerking en

passende zorg in de laatste levensfase centraal stellen. De landelijke consultatievoorziening van Palliatieve zorg Nederland (PZNL) wordt zoveel mogelijk regionaal georganiseerd, dichtbij patiënt en professional. Ontwikkelingen zijn te volgen op de website van het Netwerk Palliatieve zorg Achterhoek.

“Als de zorg vooraf tijdig is besproken en geregeld (...) hebben patiënten minder last van klachten en ontvangen zij vaker passende zorg in de laatste maanden van hun leven. Ook sterven patiënten vaker op de plaats van voorkeur.”
(Haun et al., 2017).

“Het Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg is geschreven voor zorgprofessionals in de West-Achterhoek, waaronder de plaats Dinxperlo, gemeentes Bronckhorst, Doetinchem, Montferland en Oude IJsselstreek.





Het Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg West-Achterhoek

Het Zorgpad bestaat uit een aantal stappen, waarbij het grotendeels om een cyclisch proces gaat. Uitwerking stappen Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg West-Achterhoek

Stappen	Welke acties?	Wie is er betrokken? <i>Patiënt en naasten zijn betrokken bij alle stappen van het proces</i>
Signalering palliatieve fase	- Een signaleringsinstrument gebruiken - Bijvoorbeeld: de surprise question stellen, het gebruik van de SPICT	Hoofd- of regiebehandelaar Huisarts, medisch specialist of specialist Ouderengeneeskunde (nader te noemen 'arts') Zorgverleners
Markering palliatieve fase	- Markeringsgesprek vastleggen in systeem of dossier - Mogelijke scenario's bespreken met patiënt	Hoofd- of regiebehandelaar Arts
Proactieve zorgplanning	- Gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past - Multidisciplinair bespreken van de patiënt - Individueel zorgplan op- bijstellen en uitkomsten hierin vastleggen - Casemanager of centrale zorgverlener vaststellen - Overweeg inzet van geestelijk verzorger	Hoofd- of regiebehandelaar Arts Centrale zorgverlener POH, (Wijk)verpleegkundige Palliatieve zorg verpleegkundige VS/PA Geestelijk verzorger
Coördinatie en continuïteit van zorg (dynamisch en cyclisch proces)	- Individueel zorgplan uitvoeren, evalueren en bijstellen - Multidisciplinair bespreken van patiënt (overweeg PaTz-systematiek) - Overweeg inzet van geestelijk verzorger - Overweeg inzet van vrijwilligers palliatieve terminale zorg (VPTZ) - Overweeg tijdige inzet van de medische en verpleegkundige palliatieve kit	Hoofd- of regiebehandelaar Arts Centrale zorgverlener POH, (Wijk)verpleegkundige Palliatieve zorg verpleegkundige VS/PA Geestelijk verzorger
Markering stervensfase	- Vaststellen dat de patiënt binnen enkele dagen zal overlijden	Hoofd- of regiebehandelaar
Zorg in de stervensfase	- Zorgpad Stervensfase doorlopen - Individueel zorgplan uitvoeren - Afspraken maken over bereikbaarheid ANW-uren bij visites en schouwen	Arts Centrale zorgverlener POH, (Wijk)verpleegkundige Palliatieve zorg verpleegkundige VS/PA VPTZ
Nazorg	- Na overlijden, of afgestemd op behoefte van naasten - After Death-bespreking in het multidisciplinair overleg (MDO)	Centrale zorgverlener Deelnemers MDO

Signalering en markering van de palliatieve fase

Patiënten in de (mogelijk) palliatieve fase zijn vaak al bekend bij de huisarts of specialist vanwege ernstige problematiek zoals orgaanfalen, frailty en oncologische aandoeningen. Belangrijk in deze fase is een goede afstemming van beleid tussen de tweede- en eerste lijn. En een duidelijke overdracht tussen medisch specialist of huisarts en specialist ouderengeneeskunde, zodat alle besproken informatie met de patiënt en diens naasten helder is. Dit geldt ook bij verhuizing naar en zorgcentrum of verpleeghuis.

Signalering

Bij signalering worden veranderingen in conditie of gedrag waargenomen, wat door iedereen (professionals, patiënt, naasten) kan worden gedaan. Goede signalering helpt bij de juiste interpretatie van zorgproblemen. Hoe eerder problemen worden herkend, hoe sneller de palliatieve fase herkend en gemarkeerd kan worden. Bij onvoorspelbare ziekteprocessen is het belangrijk om tijdig verschillende scenario's te bespreken.

Markering

Het markeringsgesprek is een gesprek tussen de hoofd- of regiebehandelaar, de patiënt en naasten. De hoofdbehandelaar bespreekt dat genezing niet meer mogelijk is en dat voorbereiding daarop belangrijk is. Diverse scenario's voor het ziektebeloop kunnen worden besproken, met gebruik van methodes en instrumenten te vinden op de website van het Netwerk Palliatieve Zorg Achterhoek

Waarom *markering* belangrijk is

Markering biedt duidelijkheid in het vervolg van het zorgproces en start van het rouwproces voor de patiënt en naasten. Het verlegt de prioriteit naar kwaliteit en comfort voor de patiënt. Het markeren van de palliatieve fase markeert ook de geleidelijke overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling en later de stervensfase.

Uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017):

“Vroege herkenning van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat (...)”

Proactieve zorgplanning

Vanuit het multidisciplinair overleg wordt het individueel zorgplan opgesteld / bijgewerkt. De hoofdbehandelaar en betrokken zorgverleners hebben een belangrijke taak in de documentatie van de gegevens en het vastleggen van taken en verantwoordelijkheden. Verdere verdieping komt aan bod rondom de situatie en wensen van de patiënt met ruimte voor gezamenlijke besluitvorming. Het is ook goed om te beoordelen welke zorg afgebouwd kan worden. Het individueel zorgplan bevat onder andere:

- de zorg die al is ingezet,
- inventarisatie van zorgvragen,
- inschakelen van passende zorg en juiste hulpmiddelen,
- taken en verantwoordelijkheden.

Bij behandelwensen of beperkingen volgt een gesprek met de hoofdbehandelaar om deze vast te stellen, te documenteren en over te dragen aan het multidisciplinair team. Op Palliaweb.nl zijn handige hulpmiddelen te vinden. In de thuissituatie kan via Willem hart voor levensvragen een geestelijk verzorger geconsulteerd worden. Een geestelijk verzorger kan ook helpend zijn bij culturele diversiteit.

Regie- of hoofdbehandelaar kunnen verschillende rollen zijn, duidelijke afstemming en afspraken zijn vereist. Zie leidraad KNMG, 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG, 2022)



willemlevensvragen.nl



Multidisciplinair overleg

Er zijn meerdere vormen van multidisciplinair overleg (MDO) mogelijk, vanuit de eerstelijnszorg is de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) de coördinator en organisator van het MDO. Huisartsen of andere eerstelijns professionals kunnen desgewenst deelnemen. Het ziekenhuis organiseert een transmuraal MDO. Zorgcentra organiseren structureel een eigen MDO.

Tijdens het MDO worden casuïstiek en de vier dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel) besproken volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg. De wensen en behoeften van de patiënt staan centraal, met aandacht voor (potentiële) medische problematiek, zorgproblemen en welzijn. Het team bespreekt het medicatiebeleid en geeft adviezen bij problemen en hulpvragen, met aandacht voor anticiperend beleid zoals noodmedicatie.



Binnen de regio West-Achterhoek is er een Medische Kit met noodmedicatie inzetbaar.

Voor ondersteuning bij zorg is een verpleegkundige kit met hulpmiddelen aan te vragen. Informatie over de werkwijze en het aanvragen van deze kits is te vinden op webpagina palliaweb.nl/netwerk-achterhoek/zorgverleners/transmuraal-zorgpad-palliatieve-zorg

Centrale zorgverlener

In het MDO wijst het team een centrale zorgverlener aan. Iemand die BIG-geregistreerd is en concrete taken en verantwoordelijkheden heeft in de coördinatie en continuïteit van de zorg rondom de patiënt. Vaak is dit de wijkverpleegkundige als er thuiszorg betrokken is. Zorgprofessionals kunnen de rol van centrale zorgverlener afwisselend op zich nemen, afgestemd op de situatie.

Privacy en zelfbeschikking van patiënt

Bespreking in het MDO vindt plaats in overleg met de patiënt. De patiënt wordt geïnformeerd over het MDO, het doel om de zorg te verbeteren en wie erbij betrokken is. De inbreng van de patiënt en naasten wordt gewaarborgd. Van alle deelnemers wordt geheimhouding en discretie verwacht in verband met de privacygevoelige informatie. Mondelinge toestemming wordt vermeld in de registratiesystemen.

Coördinatie en continuïteit van zorg

De centrale zorgverlener of hoofdbehandelaar bespreekt de scenario's en adviezen vanuit het MDO met de patiënt en naasten, waarna een zorgplan wordt opgesteld of bijgesteld.

Begeleiding en behandeling

Het zorgplan opgesteld en overeengekomen door de verschillende disciplines wordt uitgevoerd. Bij veranderingen in de situatie, informeert de centrale zorgverlener de betrokken zorgprofessionals en zorgvrijwilligers. Bijvoorbeeld bij uitval van de mantelzorger, veranderde zorgvraag of een opname.

Monitoring en evaluatie

Monitoring en evaluatie zijn cyclische processen waarbij wordt gecontroleerd of de zorg aansluit bij de behoeften. De voorkeur voor de plek van overlijden wordt besproken. De centrale zorgverlener heeft aandacht voor het welzijn van naasten, evalueert en stelt het zorgplan bij en onderhoudt korte lijnen met het (multidisciplinair) netwerk en draagt zorg voor actuele documentatie.

Terminale fase

Bij een levensverwachting van ongeveer 3 maanden wordt gesproken over de terminale fase. De zorg is gericht op comfort en het verlichten van lijden van de patiënt. Ter ondersteuning van de naasten overweegt de inzet van vrijwilligers VPTZ. Om ervoor te zorgen dat patiënt op plaats van voorkeur kan overlijden worden onnodige behandelingen of transities voorkomen.

Stervensfase

Markering stervensfase

De stervensfase omvat de laatste dagen van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar fysiologisch proces, waardoor het overlijden aanstaande is. De stervensfase is gericht op comfort en symptoombestrijding, herkenning en erkenning van het naderend sterven. Belangrijk is aandacht voor de waarden en wensen van de patiënt, een plan voor goede symptoombestrijding en zorg direct na het overlijden. Wat angst vermindert en geeft rust geeft.

Goede communicatie met alle betrokkenen is essentieel. In deze intensieve fase is het belangrijk om de belastbaarheid van partner, mantelzorger en naasten in de gaten te houden en eventueel extra zorg in te schakelen, bijvoorbeeld door vrijwilligers. Leg afspraken over deze fase vast in het individueel

zorgplan. Gebruik eventueel het Zorgpad Stervensfase (onderdeel van de Richtlijn Zorg in de stervensfase) als leidraad.



Richtlijn zorg in de
Stervensfase (PZNL, 2023)
[https://palliaweb.nl/richtlijnen-
palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase](https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase)



Zorg in de stervensfase

De zorg rondom het overlijden richt zich op optimale symptoombestrijding en goede communicatie met patiënt, diens naasten en betrokken professionals en vrijwilligers.

Nazorg

Nabestaanden

Na overlijden nemen de hoofdbehandelaar en centrale zorgverlener contact op met de nabestaanden om het afscheid en de geboden ondersteuning te bespreken. Er wordt nagegaan of de nabestaanden hulp nodig hebben bij rouwverwerking.

Team

De ervaring van de nabestaanden wordt teruggekoppeld aan het multidisciplinair team in een zogenaamde 'after death bespreking'. Het bespreken van de casuïstiek na overlijden heeft een lerend effect en geeft het team ruimte voor bezinning en reflectie.

Expertiseteam palliatieve zorg

De complexiteit van palliatieve en terminale zorg thuis neemt toe. Veel mensen willen thuis sterven, omringd door naasten. Er is veel regionale kennis en ervaring in palliatieve zorg. Zorgorganisaties hebben specialistische kennis die goed vindbaar moet zijn. Het transmuraal Expertiseteam palliatieve zorg van gespecialiseerde verpleegkundigen en specialisten ondersteunt generalistische zorgverleners op het gebied van kennis en vaardigheden. Het uitgangspunt is: generalistisch waar kan, specialistisch waar nodig.

Beschikbare consultatie

Het Expertiseteam palliatieve zorg, tot op heden Helpdesk palliatieve zorg, krijgt een belangrijke rol in het aanbieden van verschillende vormen van consultatie. Te denken aan transmurale coördinatie en consultatie en het bijwonen van MDO's. Het team is 24/7 beschikbaar. De consultatiemogelijkheden van het Expertiseteam worden ondersteund door samenwerkingsafspraken, financieringsafspraken, taken en verantwoordelijkheden.

In de aankomende jaren zal de exacte invulling in de regio doorontwikkeld worden, evenals de financiële borging.

Kennis en informatie

Het Transmuraal Zorgpad Palliatieve zorg West-Achterhoek steunt op kennis uit literatuur en online artikelen. Bekijk de volledige literatuurlijst op de website van het Netwerk Palliatieve zorg, regio Achterhoek.

