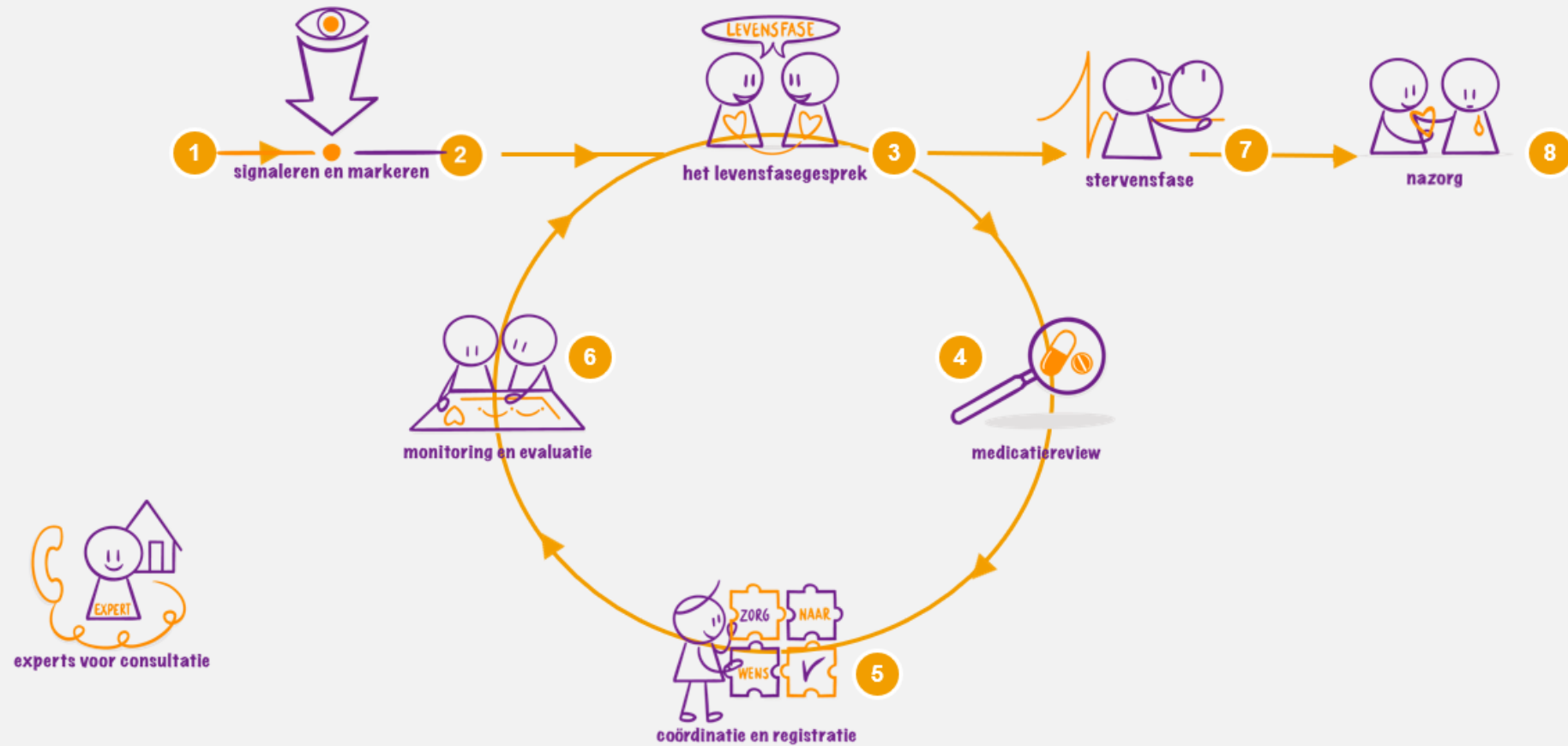


Transmuraal Zorgpad Palliatieve Zorg Midden-Brabant



Aanleiding en doel

Dit zorgpad is ontstaan vanuit de behoefte aan een gedeelde transmurale manier van werken voor palliatieve zorg in de regio Midden-Brabant. Door een goed beschreven zorgpad en regionale consensus hierover, faciliteren we een continuüm van zorg (op maat) voor de palliatieve patiënt.

Het doel van dit zorgpad is:

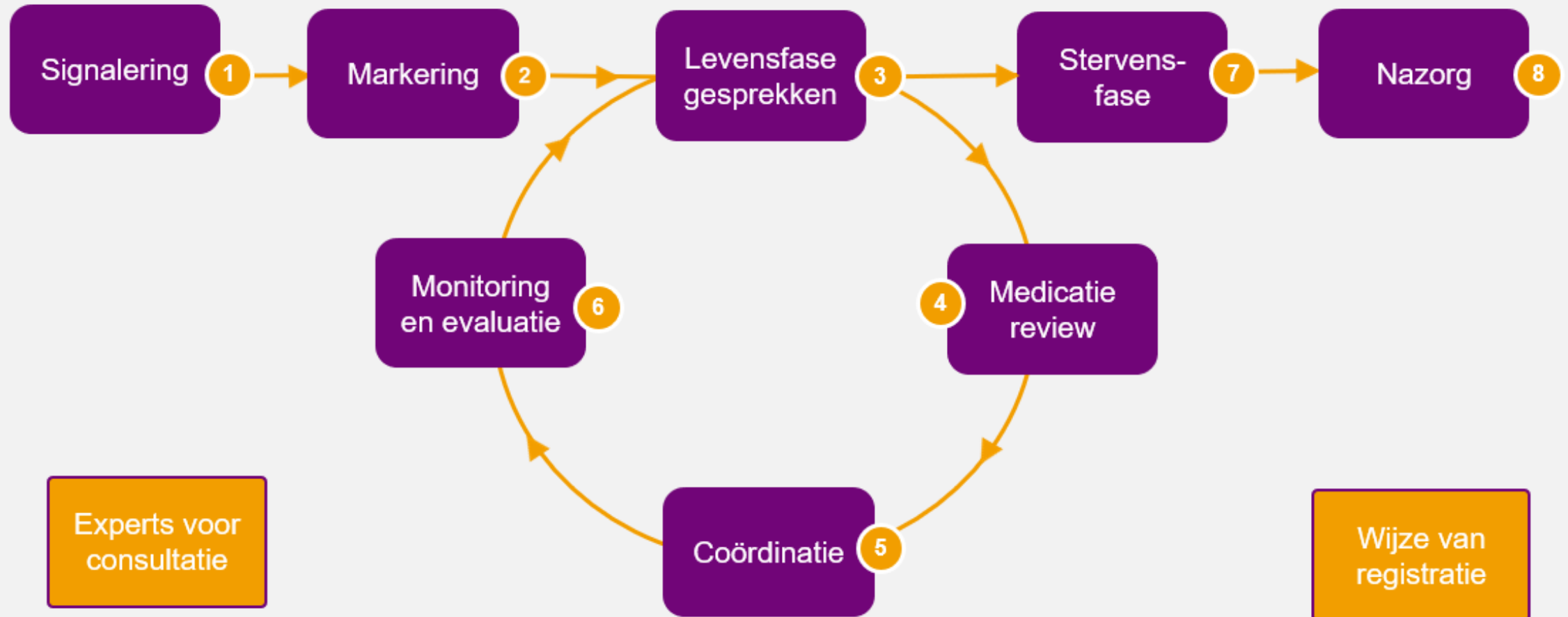
- betere signalering en markering van de palliatieve fase, met aandacht voor kwaliteit van leven en sterven;
- de zorg en ondersteuning samen met de patiënt en naasten vormgeven op basis van de behoefte van de patiënt;
- meer preventief en proactief werken in plaats van reactief handelen;
- verbetering van overdracht en samenwerking tussen verschillende disciplines;
- verbeterde en eenduidige werkafspraken.

Het zorgpad wordt binnen elke partnerorganisatie vertaald naar beleid en organisatie van palliatieve zorg. Voorbeelden ter inspiratie zijn opgenomen in de [implementatie toolbox](#). Het zorgpad is tot stand gekomen met ondersteuning van EPZ Erasmus MC en geïnspireerd door de transmurale zorgpaden van de volgende collega regio's in het land: Twente, Oost-Veluwe, Midden-Holland en de Achterhoek

Wat is palliatieve zorg?

*Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening (ongeneeslijke ziekte) 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 is zorg op maat, die aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten. Palliatieve zorg is multidisciplinaire zorg. Dit multidisciplinaire karakter vraagt om onderlinge afstemming, uitwisseling van kennis en samenwerking tussen medewerkers vanuit verschillende organisaties.



Een model is altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Het schema suggereert een volgordelijk proces. Dat is niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en er wordt multidisciplinair samengewerkt op veel verschillende locaties in de regio. Hieronder volgt een inhoudelijke verdieping van de verschillende stappen.

1 Signalering



Wat

Signaleren is het herkennen van patiënten met een ongeneeslijke aandoening en een beperkte levensverwachting.

Waarom

Signalering is nodig om de palliatieve fase te kunnen markeren. Door signalering kunnen zorgverleners tijdig anticiperen op (aankomende) problemen. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven en sterven van patiënten en naasten.

Wie

Signalering kan in principe door iedereen worden gedaan (professionals, patiënt, naaste, etc.).

Hoe

Degene die signaleert bespreekt dit met de behandelend arts, die de palliatieve fase markeert. Bij het signaleren van mensen met een beperkte levensverwachting is het belangrijk om oog te hebben voor de grote diversiteit aan doelgroepen, zoals mensen met uitgezaaide kanker, orgaanfalen, dementie, ziekte van Parkinson en kwetsbare ouderen.

2 Markering



Wat

Het palliatieve zorgtraject start met het markeren van patiënten met een beperkte levensverwachting (minder dan 1 jaar).

Waarom

Markeren is van belang omdat daardoor, voor zowel patiënt als professional, helder wordt dat de laatste levensfase van de patiënt is aangebroken. Op basis daarvan kunnen wensen voor toekomstige zorg en behandeling worden besproken en vastgelegd en kan worden geanticipeerd op (aankomende) problemen.

Wie

De markering wordt altijd door een arts gedaan. Meestal zal dit de huisarts zijn. Als een patiënt intensief onder behandeling is van een medisch specialist, kan deze ook de markering doen.

Hoe

De behandelend arts markeert de patient en legt dit vast in het medisch dossier. De surprise question is een hulpmiddel voor het markeren van de palliatieve fase. Voor een meer onderbouwde afweging zijn diverse gevalideerde instrumenten beschikbaar. Een samenvatting van deze instrumenten is beschikbaar in de vorm van onze regionale markeringskaarten (zie link hieronder)

Hulpmiddelen

- [Toolbox signaleren en markeren](#)



3 Levensfasegesprekken



Wat

Levensfasegesprekken, ook wel Advance Care Planning (ACP) of proactieve zorgplanning genoemd, is het proces van meestal meerdere gesprekken, waarbij een patiënt, in samenspraak met hulpverleners en naasten, toekomstige zorg- en behandelwensen en -grenzen bespreekt en vastlegt.

Waarom

We bespreken levenswensen en zorg- en behandelwensen om in de laatste levensfase zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt. Zo voorkomen we dat de patiënt niet-passende zorg of behandeling zal ondergaan. Het helpt ook de naasten in het dragen van verantwoordelijkheid voor moeilijke beslissingen als de patient dat zelf niet meer kan.

Wie

De behandelend arts voert het gesprek over behandelwensen en grenzen. Alle betrokken zorgverleners kunnen het gesprek voeren over levenswensen en zorgwensen. Het is belangrijk dat dit in nauwe onderlinge afstemming met elkaar wordt gedaan en vastgelegd.

Hoe

Zowel de patient en diens naaste, als de zorgverlener kan het initiatief nemen tot een levensfasegesprek. Dit kan voor of na de markering van de palliatieve fase starten.

De onderwerpen die besproken worden tijdens een ACP-gesprek vallen uiteen in twee delen. Het eerste deel, het gesprek over levenswensen, is gericht op kwaliteit van leven en de zorgbehoeften van de patiënt. Het tweede deel, het gesprek over behandelwensen, behandelgrenzen en wilsverklaringen, richt zich op behandelkeuzes richting het levenseinde.

Regionale afspraken over de wijze waarop ACP-gesprekken gevoerd worden zijn te vinden in de [ACP-toolbox](#)

4 Coördinatie



Wat

Goed afgestemde palliatieve zorg met zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van de patiënt en naasten.

Waarom

Palliatieve zorg is teamwerk en wordt bijna altijd door meerdere professionals en vaak over de grenzen van organisaties heen georganiseerd. Dit vraagt om coördinatie en van zorg zodat de patient geen hinder ondervindt van overdrachtsmomenten tussen professionals en organisaties.

Wie

Degene die het levensfasegesprek voert is verantwoordelijk om een centrale zorgverlener aan te wijzen. Dit kan een arts zijn, een verpleegkundige of een andere professional.

Hoe

Per patiënt wordt een centrale zorgverlener aangewezen. Dit is de professional die de zorg coördineert en de eerste contactpersoon is bij vragen of problemen voor de patiënt, naasten en betrokken professionals. Ook heeft en houdt de centrale zorgverlener het overzicht over de ingezette zorg en ondersteuning.

Aandachtspunten voor registratie

Regionale afspraken

Afspraken over zorg- en behandelwensen en –grenzen worden vastgelegd in het medisch dossier van de patient. Dit doen wij conform de regionale afspraken zoals die zijn vastgelegd in de [ACP-toolbox](#).

Daarin staan ook de instructies voor de uitwisseling van de afspraken met andere zorgprofessionals via Zorgdomein, VIPLive en beveiligde mail.

De patiënt krijgt, indien gewenst, een print van de gemaakte afspraken.

Beperkingen registratie

Wanneer een patiënt aangeeft (schriftelijk of mondeling) wat zijn behandelwensen zijn, is dat voldoende om die te volgen. Ook als dit indruist tegen eerdere vastgelegde afspraken.



5 Medicatiereview



Wat

De medicamenteuze behandeling afstemmen op de palliatieve fase, om optimale behandeling van symptomen te realiseren en niet (meer) passende medicatie te stoppen.

Waarom

Het is belangrijk te bekijken in hoeverre de gebruikte geneesmiddelen nog nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden (denk aan controles van de bloeddruk) en in hoeverre alle aandoeningen nog afdoende behandeld (moeten) worden.

Wie

De regievoerend behandelaar in afstemming met de apotheek en eventueel een palliatief consulent.

Hoe

De multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' en de KNMP-richtlijn 'Medicatiebeoordeling' bevatten belangrijke aanbevelingen en zijn leidend voor het doen van een medicatiereview. Bij de multidisciplinaire richtlijn is een stappenplan opgenomen voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling: de STRIP-methode.

Door de markering van de palliatieve patient te delen met de apotheek kan deze meekijken en adviseren.

Hulpmiddelen

- [Toolbox medicatiereview](#)

6 Monitoring en evaluatie



Wat

Regelmatige evaluatie en afstemming met patiënt/naasten over de palliatieve zorg en behandeling.

Waarom

ACP of levensfasegesprekken voer je zelden eenmalig. Het is belangrijk om het gesprek regelmatig te herhalen omdat wensen en grenzen kunnen veranderen in de loop van de tijd en bij voortschrijding van het ziekteproces.

Wie

De hoofdbehandelaar en/of de centrale zorgverlener evalueert samen met de patiënt en de naasten.

Hoe

Het initiatief voor een gesprek kan worden genomen door de zorgprofessional of de patient en diens naaste. Ook is het mogelijk om periodieke evaluatie vooruit in te plannen.

In de evaluatie gesprekken met de patiënt en naasten wordt de zorg en behandeling geëvalueerd. Ook wordt besproken of levenswensen en zorg- en behandelwensen en grenzen nog actueel zijn, danwel aanpassing behoeven. De eerder vastgelegde afspraken vormen een leidraad voor dit gesprek en worden indien nodig bijgesteld.

Hulpmiddelen

[Toolbox monitoring en evaluatie](#)

7 Stervensfase



Wat

De zorg in de laatste dagen/weken voorafgaand aan het overlijden.

Waarom

Tijdig signaleren en markeren van de stervensfase helpt bij het verleggen van de focus naar het naderende afscheid. Het missen van de signalen van de stervensfase kan leiden tot onder- of overbehandeling van problemen en niet tijdige en/of ontoereikende communicatie over het stervensproces. Dit veroorzaakt een onrustige stervensfase.

Wie

De centrale zorgverlener markeert en organiseert, zo nodig in overleg met de behandelend arts de zorg in stervensfase. De arts stelt het overlijden vast en stelt de betrokken professionals op de hoogte van het overlijden.

Hoe

De zorg in de stervensfase wordt waar mogelijk thuis geboden. Inzet van vrijwilligers is mogelijk via [ContourdeTwern/VPTZ](#). Als thuis sterven niet haalbaar is dan kan opname in een hospice of bijna thuis huis een oplossing bieden. Er zijn vier hospices in de regio. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de hospicebedden is te vinden in de regionale [ZorgbedApp Midden-Brabant](#). Om beter voorbereid te zijn op acute problemen in de terminale fase is de [P-Kit](#) beschikbaar met een basisset medicatie en hulpmiddelen voor het behandelen van veel voorkomende klachten. Het geeft families rust en bespaart zorgprofessionals veel werk.

Hulpmiddelen

[Toolbox stervensfase](#)

8 Nazorg



Wat

Aandacht schenken aan afsluiting/evaluatie van de geboden zorg.

Waarom

Vaak kent rouw voor nabestaanden een natuurlijk, ongecompliceerd verloop. Problematische (complexe) rouwverwerking daarentegen kan verstrekende gevolgen hebben en vraagt om aandacht, begeleiding of een (specifieke) interventie. Goede nazorg helpt naasten en professionals/vrijwilligers in de verwerking van verlies en rouw en vervult een signalerende rol.

Wie

De arts stelt het overlijden vast en stelt de betrokken professionals op de hoogte van het overlijden. De centrale zorgverlener is verantwoordelijk voor de organisatie van nazorg

Hoe

Na overlijden wordt de geboden zorg geëvalueerd in een nazorg gesprek met de naasten. Hoe de nazorg wordt ingericht is afhankelijk van de behoefte van de naasten en de sociale context van de nabestaanden.

Ook voor professionals en vrijwilligers wordt nazorg georganiseerd.

Bij (dreigende) complexe rouw wordt verwezen naar experts.

Hulpmiddelen

- [Toolbox Overlijden en Nazorg](#)
- [Netwerk Sterven en Rouw Midden-Brabant](#)
- [Centrum voor Levensvragen Midden- en Oost-Brabant](#)

Experts voor consultatie

Voor professionals

Binnen veel zorgorganisaties zijn gespecialiseerde professionals beschikbaar voor consultatie door collega's. Deze consultants kunnen ondersteunen bij vragen over moeilijk behandelbare symptomen, beslissingen rondom het levenseinde, medicatie, problemen op existentieel of spiritueel gebied, organisatie van zorg, overbelasting van de mantelzorg en de sociale kaart.

[Regionaal Consultatie Team Palliatieve Zorg](#)

Dit transmurale team is 24/7 bereikbaar via telefoonnummer 088-6051444. Het regionaal team geeft advies bij complexe vragen en bij afwezigheid van consultants in de eigen organisatie.

[Regiokaart palliatieve zorg](#)

Palliatieve zorg is teamwerk. De interactieve regiokaart helpt om snel en adequaat te kunnen verwijzen.

Voor patiënten en hun naasten

[Palliatief Spreekuur in Waalwijk en Tilburg](#)

De gespecialiseerd verpleegkundigen van het Palliatief Spreekuur kunnen patiënten en hun naasten informeren over de mogelijkheden van palliatieve hulp en ondersteuning.

Contact via e-mail:

Waalwijk info@spreekuurwaalwijk.nl

Tilburg info@ipsocentrummb.nl

[Centrum voor Levensvragen Midden- en Oost-Brabant](#)

De geestelijk verzorgers zijn professionals die begeleiding, bieden bij levensvragen en zingeving bieden. Zij kunnen bij thuiswonende mensen kosteloos worden ingezet.

Contact via de [website](#)

SURPRISE QUESTION:



MEER INFO?



SCAN DE CODE

ZOU HET MIJ VERBAZEN ALS DEZE PATIENT BINNEN 12 MAANDEN OVERLIJDT?

Laat het overlijden niet als
een verrassing komen!

Partners van het Netwerk Palliatieve Zorg Midden-Brabant

- Amarant
- AMWB
- ContourdeTwern (VPTZ)
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
- Hospice Francinus de Wind
- Het Laar
- IPSO centrum Midden-Brabant
- Leyhoeve
- Mijzo
- Novadic Kentron
- PrimaCura Huisartsenzorg
- Prisma
- Thebe
- 't Heem
- De Wever
- Zorggroep Elde/Maasduinen
- Zorgcentrum Franciscus