

Het zorgpad palliatieve zorg Midden-Holland

Palliatieve zorg is multidisciplinaire zorg. Dit multidisciplinaire karakter vraagt om onderlinge afstemming, uitwisseling van kennis en samenwerking tussen medewerkers vanuit verschillende organisaties.

Het totale spectrum van Palliatieve zorg richt zich op mensen met een ongeneeslijke ziekte of kwetsbaarheid en hun naasten en begint als iemand te horen heeft gekregen dat hij/zij aan deze ziekte zal komen te overlijden.

Zowel in het kwaliteitskader als in de Regiovisie palliatieve zorg Midden Holland zijn een aantal waarden geformuleerd waaraan palliatieve zorg moet voldoen. In de regiegroep van het Netwerk Palliatieve Zorg is geconstateerd dat hierin nog verbeterpunten kunnen worden gerealiseerd. Met een werkgroep waarin huisarts, intramurale zorg, thuiszorg en ziekenhuis zitting hebben is gezocht naar kansen om praktische verbeteringen te bewerkstelligen in de transfers in de palliatieve zorg. De focus ligt niet alleen op transfer vanuit het ziekenhuis naar huis of instelling, maar ook omgekeerd; insturen van mensen in de terminale fase richting het ziekenhuis. Het gaat om de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, door de juiste zorgverlener.

Een **zorgpad palliatieve zorg** biedt de mogelijkheid om de multidisciplinaire samenwerking te structureren. Het is een procedure die bijdraagt aan de continuïteit van wenselijke zorg voor patiënt en naasten en aan een zo'n hoog mogelijke kwaliteit van leven in de laatste fase. Onnodige en ongewenste opnames kunnen voorkomen worden en mensen kunnen overlijden op de plek van hun wens. Het zorgtraject start met het markeren van patiënten met een beperkte levensverwachting (< 1 jaar).

Leeswijzer

Op deze pagina is een inleiding en het stroomschema weergegeven waarin het verloop in het zorgpad klein is weergegeven. Op pagina 2 vindt u een verklarende begrippenlijst en op pagina 3 een uitleg over rollen en verantwoordelijkheden en bijlagenlijst. Pagina 4 geeft een grote weergave van het zorgpad stroomschema.



Begrippenlijst

- **Markering**

Het palliatieve zorgtraject start met het herkennen en labelen van patiënten met een beperkte levensverwachting (< 1 jaar). De arts herkent deze patiënt door het aan zichzelf stellen van de surprise-question (Moss et al, 2009).

Een verkennend ACP gesprek kan een beeld geven van de mate waarin de patiënt en diens naaste er voor open staan om over de laatste levensfase te praten. Geef aan dat u graag informatie hierover wilt geven en wensen wilt noteren.

- **Advance Care Planning (ACP) behandelwensen gesprek**

Advance Care Planning is het proces waarbij een patiënt, in samenspraak met hulpverleners, familieleden en belangrijke anderen, besluiten neemt en vastlegt over zijn medische zorg in de toekomst, onder andere voor het geval hij dan niet meer in staat zal zijn te participeren bij medische behandelbeslissingen.

Elementen van ACP zijn:

- het verhelderen van hoe de patiënt de betekenis van zijn ziekte en de behandel(on)mogelijkheden begrijpt,
- het bespreken van de waarden en opvattingen van de patiënt en
- het identificeren van zijn behandeldoelen en andere wensen.

ACP moet ervoor zorgen dat de laatste levensfase zal verlopen volgens de wensen van de patiënt en moet voorkomen dat de patiënt nog medisch zinloze behandelingen (zoals een reanimatiepoging) zal ondergaan.

- **Levensfasegesprek(ken)**

Vraag met regelmaat naar wensen, waarden en behoeften en informeer over mogelijkheden. 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 én spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

- **Lastmeter, Utrechts symptoomdagboek en positieve gezondheid**

Patiënten kunnen met behulp van deze tools aangeven welke problemen, klachten en zorgen zij ervaren en aan welke zaken ze nog energie willen besteden, zodat de professional de juiste psychosociale zorg kan regelen (bijlagen).

- **Informatief verpleegkundig huisbezoek Palliatieve Zorg**

Dit bezoek wordt aangeboden om patiënt en naaste de gelegenheid te geven hun ervaringen en beleving te delen met de wijkverpleegkundige, om hun zorgen te uiten en om vragen te stellen. De wijkverpleegkundige informeert over de mogelijkheden van de thuiszorg en bemiddelt of verwijst bij vragen en wensen die zij niet kan beantwoorden of vervullen. Denk aan een geestelijk verzorger, palliatief verpleegkundige, oncologisch fysiotherapeut, diëtist, mantelzorgondersteuning, vrijwillige terminale zorg, nachtzorg e.d. Zo levert zij support bij het nastreven van een goede kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

Rol van betrokken professionals

Medisch specialist verantwoordelijk voor

- Vaststellen van het moment van inclusie in zorgpad (markeren),
- Inclusie zorgpad noteren in medisch dossier (beschikbaar voor SEH)
- Benoemen/ bespreken van de palliatieve fase naar patiënt en naasten (ACP),
- Telefonische overdracht naar de huisarts mbt markering, behandelverloop en prognose,
- Hoofdbehandelaar schap bespreken en noteren in medisch dossier,
- Schriftelijke medische overdracht naar de huisarts.

Verpleegkundige Palliatieve Zorg (GHZ)/ casemanager verantwoordelijk voor

- Arts wijzen op mogelijke inclusie kandidaat,
- Bespreken van Lastmeter/ Utrechts symptoomdagboek/positieve gezondheid,
- Wensen t.a.v. levenseinde en wilsverklaringen bespreken indien gewenst,
- Indien behandeling - poliafspraak maken in overleg met patiënt en naasten,
- Telefonische overdracht naar betrokken wijkverpleegkundige voor 'informatief verpleegkundig huisbezoek',
- (Transmurale) verpleegkundige overdracht versturen naar thuiszorg en huisarts.

Huisarts verantwoordelijk voor

- Vaststellen van het moment van inclusie in zorgpad (markeren),
 - Inclusie zorgpad noteren in medisch dossier (beschikbaar voor HAP)
 - Benoemen/ bespreken van de palliatieve fase naar patiënt en naasten (ACP),
- Indien de patiënt in het ziekenhuis al gemarkeerd is, is dit een sluitend vervolg hierop.
- De gelegenheid bieden om vragen te stellen over het te verwachten ziekte verloop,
 - Support bij het nastreven van goede kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.
 - Overdracht afspraken naar de HAP,
 - Afstemming met betrokken verpleegkundige Palliatieve Zorg of wijkverpleegkundige.

Wijkverpleegkundige/ Verpleegkundige Palliatieve Zorg in de wijk verantwoordelijk voor

- De gelegenheid bieden aan patiënt en naaste hun ervaringen en beleving te delen en zorgen te uiten, gericht op psychosociale en praktische zaken.
- De gelegenheid om vragen te stellen over het te verwachten ziekte verloop, behandelingen, bijwerkingen, gericht op praktische mogelijkheden thuis.
- Bemiddeling/ verwijzing bij vragen die de wijkverpleegkundige niet kan beantwoorden,
- Informatie geven over de mogelijkheden van de wijkverpleging/ thuiszorg
- Support bij het nastreven van een goede kwaliteit van leven en zelfredzaamheid
- Contact met huisarts en casemanager/ verpleegkundige Palliatieve Zorg van het ziekenhuis indien nodig.



Stroomschema Zorgpad Palliatieve Zorg Midden-Holland

