

Palliatief terminaal zorgbeleid

Van toepassing voor

Alle medewerkers van Het Laar.

Doel

Duidelijkheid over de visie en het beleid bij palliatief-terminale zorg in Het Laar.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Functionaris	Verantwoordelijkheid / Bevoegdheid
Contactverzorgenden	Coördinator van de zorg- en dienstverlening voor de (wijk)bewoner. In nauwe samenspraak met de bewoner en diens naasten de wensen in kaart brengen.
Medewerkers	Voeren de taken uit zoals beschreven in het zorgplan, waarbij het feit dat er sprake is van een palliatief-terminale fase richtinggevend is.
Specialist Ouderengeneeskunde / (huis)arts	Eindverantwoordelijk voor de behandeling en het behandelplan van de (wijk)bewoner.
Paramedici	Leveren vanuit hun eigen discipline een bijdrage aan de zorg aan de bewoner in de laatste levensfase. Het gaat dan meestal om het brengen van verlichting in de situatie voor de bewoner.
Aandachtsvelder palliatieve zorg	Heeft specialistische kennis van en adviseert over palliatieve zorg.
Geestelijk verzorger	Bijstaan van bewoners die behoefte hebben aan ondersteuning in de palliatief terminale fase en stervensfase, ongeacht geloof of levensovertuiging.

Inleiding / algemene opmerking

Wanneer het levenseinde nadert is het essentieel dat de kwaliteit van leven van de (wijk)bewoner zo hoog mogelijk blijft. Enerzijds betekent dit dat Het Laar ervoor wil zorgen dat de bewoner op het juiste moment de goede zorg ontvangt, waardoor hij zich zo comfortabel als mogelijk voelt. Anderzijds is het van belang de (wijk)bewoner en zijn naasten zo te begeleiden dat ze de rust en aandacht krijgen die deze fase vraagt en waarbij zo optimaal mogelijk wordt voldaan aan hun wensen. Hierdoor krijgen de betrokkenen de ruimte op eigen wijze afscheid te nemen van het leven en van elkaar.

Uitvoering

1. Definitie palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van (wijk)bewoners en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening (ongeneeslijke ziekte) of kwetsbaarheid. De zorg wordt ingezet om lijden te verlichten of te voorkomen. Dit wordt gedaan door vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Hierbij staan de wensen en behoeften van de (wijk)bewoner en zijn naasten centraal, evenals behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

2. Fasen in palliatieve zorg

Er zijn 4 fasen te onderscheiden in de palliatieve zorg; de “Palliatieve fase”, de “Palliatief terminale fase”, de “Stervensfase” en de “Nazorgfase”.

Fase 1 Palliatieve fase

De palliatieve fase start wanneer genezing niet meer mogelijk is. De zorg in deze fase is ziektegericht: het richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven van (wijk)bewoners die te maken hebben met een aandoening, die op (middel)lange termijn levensbedreigend is en waarbij genezing niet (meer) mogelijk is. In deze fase ligt het accent op behandeling van de onderliggende ziekte. Behandeling gericht op levensverlenging is daarbij zeker een mogelijkheid. Palliatieve zorg kan jaren duren.

Bij het voortschrijden van de ziekte ontstaat een situatie waarbij de behandeling van de ziekte meer nadelen dan voordelen heeft. Bijvoorbeeld wanneer de bijwerkingen van de behandeling erger zijn dan wat de behandeling oplevert. Op dat moment is er sprake van symptoomgerichte zorg; deze zorg is gericht op het verlichten van de symptomen van een ziekte of aandoening, om zo de best haalbare kwaliteit van leven te bereiken. Daarbij is het streven om de cognitieve functie optimaal te behouden.

Fase 2 Palliatief terminale fase

(hierbij is de verwachting dat de (wijk)bewoner binnen 1 jaar komt te overlijden)

Als de zorg voor de (wijk)bewoner minder ziektegericht en meer symptoomgericht wordt, komt een belangrijk **markeringsmoment**. Met de bevestiging van die markering wordt aangegeven dat de (wijk)bewoner overgaat naar de palliatief terminale fase. De zorg in deze fase vraagt een wezenlijk andere benadering van de (wijk)bewoner; zorgverlening houdt rekening met het naderende einde en behandeling van de (wijk)bewoner is niet meer het doel. Kwaliteit van leven en sterven staan voorop.

Fase 3 Stervensfase

(hierbij is de verwachting dat de (wijk)bewoner binnen enkele dagen komt te overlijden)

Wanneer een ziekte zover gevorderd is dat sterven nabij is en binnen maximaal enkele dagen gaat plaatsvinden, wordt gesproken over de stervensfase. Ook hier ligt een belangrijk **markeringsmoment**. De zorg die in de stervensfase wordt geboden, is gericht op de kwaliteit van het resterende leven. In deze fase worden vaak beslissingen genomen m.b.t. het naderende levenseinde, bijv. het achterwege laten van bepaalde behandelingen of het inzetten van palliatieve sedatie.

Fase 4 Nazorgfase

Wanneer een (wijk)bewoner is overleden, krijgen naasten de gelegenheid op hun eigen manier afscheid te nemen van de overledene. Daarbij is aandacht voor individuele wensen. In een latere fase organiseert Het Laar een gesprek waarin de mogelijkheid wordt geboden om de zorg te evalueren en vragen te stellen. Dit is ook het moment om definitief van elkaar afscheid te nemen. Ook ontvangt de eerste contactpersoon van de (wijk)bewoner een nazorg enquête waarin de bevindingen ten aanzien van het woon-, leef- en zorgklimaat met Het Laar gedeeld kunnen worden.

3. Zorgpad palliatieve zorg

Om de zorg in de laatste levensfase zo goed mogelijk te laten verlopen, is het zorgpad palliatieve zorg ontwikkeld. Dit zorgpad bestaat uit 7 stappen. Deze stappen horen bij de Palliatief terminale fase, de stervensfase en de nazorgfase. De stappen zijn zowel van toepassing op de intramurale zorg als op de thuiszorg.



Hierna worden de verschillende stappen toegelicht.

1 Signalering (palliatief terminale fase)

<p>Wat Signaleren is het herkennen van (wijk)bewoners met een beperkte levensverwachting (minder dan 1 jaar).</p>	<p>Wie Signalering kan in principe door iedereen worden gedaan (professionals, (wijk)bewoner, naaste, etc.).</p>
<p>Waarom Signalering is nodig om de palliatieve terminale fase te kunnen markeren. Door signalering kunnen zorgverleners tijdig anticiperen op (aankomende) problemen. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven van (wijk)bewoners en naasten.</p>	<p>Hoe Indien de zorgmedewerker signaleert, bespreekt deze het met de behandelend arts, die de palliatief terminale fase markeert. Indien (wijk)bewoner/naaste signaleert, bespreekt deze het vaak met de verzorgende, die het vervolgens met de arts bespreekt.</p>

2 Markering (palliatief terminale fase)

<p>Wat Het palliatieve zorgtraject (de palliatief terminale fase) start met het labelen van (wijk)bewoners met een beperkte levensverwachting (minder dan 1 jaar).</p>	<p>Wie Als een (wijk)bewoner langdurig onder behandeling is van een specialist, gebeurt de markering door de specialist. Zo niet, dan markeert de huisarts of Specialiste Ouderengeneeskunde. Degene die markeert heeft de verantwoordelijkheid om het levensfasegesprek te voeren of om dat over te dragen aan een andere professional.</p>
---	---

<p>Waarom</p> <p>Markeren is van belang omdat daardoor – voor zowel (wijk)bewoner als professional – helder wordt dat de laatste levensfase van de (wijk)bewoner is aangebroken. Op basis daarvan kunnen (behandel)keuzes worden gemaakt.</p>	<p>Hoe</p> <p>Markeren gebeurt tijdens 1 of meerdere gesprekken met de (wijk)bewoner en mogelijk de naasten. De manier waarop is afhankelijk van de behoefte van de (wijk)bewoner. De ene (wijk)bewoner heeft meer tijd nodig om te onderkennen dat hij in de palliatief terminale fase is beland dan de andere. De surprise question (“Zou het mij verbazen als de (wijk)bewoner binnen 12 maanden overlijdt?”) is behulpzaam voor het ‘markeren’ van de (wijk)bewoner.</p>
<p>Hulpmiddelen</p> <p>Surprise question; is verwerkt in lijst positieve gezondheid bij Lichaamsfuncties (bij het vraagtekentje) “Is de levensverwachting meer of minder dan 1 jaar?”.</p>	

Aandachtspunten Markering in de Palliatief terminale fase

Vragenlijst Positieve gezondheid en zorgplan

Op het moment dat de palliatief terminale fase ingaat, moet in ONS de vragenlijst positieve gezondheid worden aangepast naar deze fase. Doelen en acties in het zorgplan die niet meer van toepassing zijn, worden dan ook gesloten.

3

Levensfasegesprek (palliatief terminale fase)

<p>Wat</p> <p>Het levensfasegesprek/Advance Care Planning (ACP) is het proces (vaak meerdere gesprekken) waarbij een (wijk)bewoner, in samenspraak met hulpverleners en naasten, zinvolle en haalbare doelen formuleert en vastlegt over huidige en over toekomstige zorg en behandeling, zowel in formele als informele gesprekken.</p>	<p>Wie</p> <p>De behandelend arts. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen een belangrijke rol spelen in het verkennen en verhelderen van doelen en waarden die (wijk)bewoners nastreven in ziekte en gezondheid. De geestelijk verzorger is belangrijk voor het bieden van een luisterend oor aan de (wijk)bewoner.</p>
<p>Waarom</p> <p>ACP draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Door afspraken te maken (over verschillende aspecten zoals lichamelijk, sociaal, spiritueel en psychisch), is de kans groter dat deze fase verloopt volgens de wensen van de (wijk)bewoner en wordt voorkomen dat de (wijk)bewoner nog medisch zinloze behandelingen zal ondergaan. Het helpt ook de naasten, want zij dragen daardoor niet alleen de verantwoordelijkheid voor moeilijke beslissingen in die laatste periode.</p>	<p>Hoe</p> <p>Op het moment dat (wijk)bewoner en/of naaste aangeeft over het levenseinde te willen praten (dit kan meteen na de markering, maar ook later, afhankelijk van de behoefte van de (wijk)bewoner) of als de arts gezien het ziekteverloop het nodig acht, worden er afspraken tijdens één of meerdere consulten afgestemd en vastgelegd in de lijst positieve gezondheid. Verpleegkundigen/verzorgenden en de SO gaan met elkaar in gesprek over ACP en delen informatie die van belang is in dit proces.</p>
<p>Hulpmiddelen</p> <p>Lijst Positieve gezondheid; hierin vermeld je hoe de (wijk)bewoner de laatste fase van zijn leven wil vormgeven en de afspraken over wel/geen behandeling.</p>	

Aandachtspunten Levensfasegesprek

Gespreksonderwerpen

- Bespreek wat het levensfasegesprek inhoudt
- Wat verwacht u van de komende maanden?
- Wat is daarbij voor u belangrijk?
- Evalueer of de inzet van alle tot nu toe betrokken disciplines nog nodig is (bijv. fysiotherapeut, ergotherapeut).
- Ga na of inzet van de geestelijk verzorger en/of psycholoog gewenst is.
- Ga na of de (wijk)bewoner nog onbeantwoorde levensvragen heeft.
- Bespreek de mogelijkheden van opbaren binnen Het Laar en benoem hierbij rekening te houden met het leeghalen van het appartement binnen 7 dagen na overlijden.
- Nadenken over cremieren of begraven.

4

Medicatiereview (palliatief terminale fase)

Wat De medicamenteuze behandeling afstemmen op de palliatief terminale fase, ter voorkoming van zoveel als mogelijk (vermijdbare) bijwerkingen van medicatie.	Wie Behandelend arts indien nodig in afstemming met de apotheek.
Waarom Het is belangrijk te bekijken in hoeverre de gebruikte geneesmiddelen nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden (denk aan controles van de bloeddruk) en in hoeverre alle aandoeningen afdoende behandeld (moeten) worden.	Hoe Arts voert medicatiereview uit op het moment dat (wijk)bewoner bij Het Laar komt wonen. Jaarlijks lopen arts en apotheek alle bewoners langs op dit gebied.
Hulpmiddelen Artsen hanteren richtlijnen en documenten van de beroepsvereniging.	

5

Coördinatie (palliatief terminale fase)

Wat Gecoördineerde, afgestemde zorg in de palliatief terminale fase.	Wie Degene die het levensfasegesprek voert is verantwoordelijk om een centrale zorgverlener aan te wijzen. Dit kan een arts zijn, een contactverzorgende, wijkverpleegkundige of een andere professional.
Waarom Goede kwaliteit van palliatief terminale zorg vraagt om coördinatie en continuïteit van zorg met kennis van zaken én met behoud van zoveel mogelijk ruimte voor eigen regie van (wijk)bewoner en naasten.	Hoe Per (wijk)bewoner wordt een centrale zorgverlener aangewezen. Dit is iemand die de zorg coördineert en de eerste contactpersoon is bij vragen of problemen voor de (wijk)bewoner, naasten en betrokken professionals. Ook heeft en houdt de centrale zorgverlener het overzicht over de ingezette zorg en ondersteuning.
Hulpmiddelen ECD en Caren	

<p>Wat</p> <p>Regelmatige afstemming met (wijk)bewoner /naasten over de zorg en behandeling.</p>	<p>Wie</p> <p>De hoofdbehandelaar en/of de centrale zorgverlener met de (wijk)bewoner en de naasten. De geestelijk verzorger om de (wijk)bewoner bij te staan, met name vanaf het moment van ingaan van de stervensfase.</p>
<p>Waarom</p> <p>Veranderingen in kwetsbaarheid en wensen van de (wijk)bewoner signaleren en monitoren, zodat het beleid daarop wordt afgestemd. Op het moment dat sterven binnen enkele dagen gaat plaatsvinden, vindt weer een markeringsmoment plaats. De stervensfase gaat in als overlijden binnen enkele dagen wordt verwacht; de zorg wordt puur gericht op kwaliteit van leven.</p>	<p>Hoe</p> <p>Formele en informele gesprekken met de (wijk)bewoner en naasten over de wensen en vragen, behandel mogelijkheden en keuzes. Het zorgpad stervensfase vormt een leidraad voor dit gesprek en wordt indien nodig bijgesteld. Maak heldere afspraken met de (wijk)bewoner op welke termijn de evaluatie gebeurt.</p>
<p>Hulpmiddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markering stervensfase • Zorgpad stervensfase • Stervensfase: informatie voor naasten (wordt pas uitgereikt nadat de stervensfase is besproken) 	

Aandachtspunten Monitoring en evaluatie

- Aandacht voor en bespreekbaar maken met naasten van de inzet van hulpmiddelen en/of materialen zoals glijlaken, hoog/laag bed, complementaire zorg (ontspanningsoefeningen, muziek), katheter.
- Wanneer je verwacht dat in het weekend palliatieve sedatie aan de orde kan komen, bespreek dit dan vóór het weekend met de arts van de bewoner.
- Op het moment dat er heel veel zorg wordt gevraagd (eigenlijk de continue aanwezigheid van een professional) en bij een door een arts vastgestelde levensverwachting < 3 maanden kan een terminale indicatie worden ingezet (intramuraal een ZZP10).

Zorgpad stervensfase

Op het moment dat de markering van de stervensfase heeft plaatsgevonden, worden doelen en acties die niet meer van toepassing zijn, afgesloten. Vanaf dan wordt gebruik gemaakt van het Zorgpad stervensfase. Dit is een instrument voor het leveren van goede palliatieve zorg. Het is een zorgdossier, checklist en evaluatiemoment in één. Het zorgpad stervensfase is te vinden in het elektronisch cliëntendossier ONS, onder het tabblad Klinimetrie. Het wordt elke vier uur ingevuld door degene die de (wijk)bewoner verzorgt.

<p>Wat</p> <p>Aandacht schenken aan afsluiting en evaluatie van de geboden zorg.</p>	<p>Wie</p> <p>De laatste behandelaar is verantwoordelijk voor het organiseren van de nazorg. Dit gebeurt in afstemming met de centrale zorgverlener. Overlijdt iemand in de thuissituatie/verzorgingshuis, dan is de huisarts verantwoordelijk voor het organiseren van de nazorg. Overlijdt iemand van de intensieve zorgafdeling, is de</p>
---	--

	<p>SOG verantwoordelijk voor het organiseren van de nazorg.</p> <p>Deze verantwoordelijke behandelaar stelt de betrokken professionals op de hoogte van het overlijden.</p>
<p>Waarom</p> <p>Vaak kent rouw voor nabestaanden een natuurlijk, ongecompliceerd verloop. Problematische (complexe) rouwverwerking daarentegen kan verstrekkende gevolgen hebben en vraagt om aandacht, begeleiding of een (specifieke) interventie.</p>	<p>Hoe</p> <p>Hoe de nazorg wordt ingericht is afhankelijk van de behoefte van de naasten en de sociale context van de nabestaanden. Bij (dreigende) complexe rouw wordt verwezen naar experts.</p> <p>Als er iemand is overleden van een echtpaar dat op de intensieve zorg afdeling woont, wordt bij de overgebleven partner indien nodig extra aandacht besteed aan rouw.</p>
<p>Hulpmiddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedure overlijden bewoners • Appartement ontruimen en opleveren • Overlijden bewoner en samenwerking met uitvaartondernemer • Evaluatiegesprek nabestaanden • Nazorgenquête nabestaanden 	

4. Informele palliatieve zorg

Een bijzonder aandachtspunt bij de palliatieve zorg is de afstemming tussen formele en informele zorg. Palliatieve zorg, zeker die in de laatste levensfase, kan niet buiten informele zorg door mantelzorgers. Mantelzorgers hebben daarbij een dubbele positie. Aan de ene kant ondersteunen zij de (wijk)bewoner en verlenen zij zorg. Aan de andere kant lijden zij ook onder het dreigende verlies. Als de (wijk)bewoner dit niet zelf kan, nemen zij ook een aantal verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokkene over. Het Laar hanteert het standpunt dat wij als professionele zorgverleners rekening houden met het perspectief van de mantelzorger en dat wij ons in diens situatie verplaatsen, zonder uit het oog te verliezen dat het belang van de (wijk)bewoner voorop staat. Om dit alles te kunnen realiseren is een samenwerking en informatie-uitwisseling met de mantelzorger noodzakelijk. De manier waarop informele zorg vorm krijgt wordt in ONS vastgelegd.

5. Kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering

Het bieden van goede palliatieve zorg stelt hoge eisen aan de deskundigheid en het oplossingsvermogen van zorgverleners. De deskundigheid betreft niet alleen inhoudelijke deskundigheid en vaardigheden gericht op zorgverlening, maar ook op communicatief, organisatorisch, sociaal en moreel gebied. Bij mensen die sterven onder ogen moeten zien, kunnen aanzienlijke morele dilemma's spelen waarmee een zorgverlener verantwoord moet kunnen omgaan. Het Laar vindt daarom scholing en vaardigheidstrainingen op dit gebied noodzakelijk. Het is een continu proces van scholen, bijscholen en kennis verspreiden, dat wordt aangepast aan de ontwikkelingen.

Aandachtsvelders palliatieve zorg

Het Laar werkt met een aandachtsvelder palliatieve zorg op elke afdeling, zowel intramuraal als in de thuiszorg. Het overleg met de aandachtsvelders, dat eens per 2/3 maanden plaatsvindt, wordt geleid door een aandachtsvelder palliatieve zorg die tevens senior verpleegkundige is met specialistische kennis op het gebied van palliatieve zorg. De aandachtsvelders staan de zorgteams bij met tips en adviezen, maar spelen ook een rol in het bewaken van de kwaliteit, waaronder het signaleren van ontwikkelingen en knelpunten op het gebied van palliatieve zorg en het doen van voorstellen voor aanpassingen in het beleid. De senior

verpleegkundige neemt deel aan het Netwerk palliatieve zorg van het Zorgnetwerk Midden-Brabant. De geestelijk verzorger van Het Laar neemt regelmatig deel aan de overleggen om vanuit haar oogpunt een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering en de kennis van de palliatieve zorg.

Scholing

Het Laar biedt zorgmedewerkers periodiek scholing aan op het gebied van palliatieve zorg, om de continuïteit, kwaliteit en specifieke kennis te behouden en indien nodig te verbeteren. Hierbij is ook aandacht voor andere betrokkenen bij palliatieve zorg en wanneer deze ingeschakeld kunnen worden.

Nazorggesprek

Binnen zes weken na het overlijden van de (wijk)bewoner vindt een evaluatie en tevens afsluitend gesprek plaats tussen de eerste contactpersoon van de bewoner en de contactverzorgende van Het Laar.

Daarnaast ontvangt de eerste contactpersoon na zes weken een nazorg enquête waarin de ervaringen en bevindingen met Het Laar gedeeld kunnen worden.

De informatie die hiermee wordt opgehaald, geeft inzicht in hoe de zorg en het leven in Het Laar ervaren worden, op basis waarvan verbeteringen kunnen worden doorgevoerd.

6. Experts raadplegen voor overleg

Als een zorgmedewerker of (huis)arts een vraag heeft met betrekking tot palliatieve zorg, zijn er verschillende partijen waar hij contact mee kan opnemen:

- *Palliatief consultatieteam regio Tilburg e.o.*
Dit team van en voor professionals is bereikbaar via telefoonnummer 088-6051444. Het team geeft antwoord op 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.
- *Palliatief advies team (PAT) ETZ*
Dit is een multidisciplinair team dat artsen en verpleegkundigen kunnen consulteren via telefoonnummers 06 – 83 17 35 37 en 06 – 83 01 44 53 als ze vragen hebben over of als er problemen zijn in de palliatieve fase.
- *Praktijk voor Levensvragen Midden-Brabant*
De geestelijk verzorgers zijn professionals die begeleiding, hulpverlening en advies bij zingeving en levensbeschouwing bieden. Zij kunnen bij thuiswonende mensen kosteloos worden ingezet.
Telefoonnummer: 013 – 462 87 30.
- *PalliArts*
Dit is een gratis te downloaden app die richtlijnen, formularia, checklists, voorlichtingsfolders, consultatiemogelijkheden en organisaties weergeeft met betrekking tot palliatieve zorg.

Afronding / borgen

Het document “Palliatieve zorg” wordt eenmaal per drie jaar geëvalueerd door de betrokkenen.

Bijlage / begrippen / achtergrondinformatie

- Brochure “De stervensfase; informatie voor mensen die betrokken zijn bij een sterfbed”
- Zorgpad stervensfase (Klinimetrie ONS)
- Samenwerking geestelijk verzorger Het Laar
- Kaartje Netwerk Palliatieve Zorg Midden-Brabant
- Reanimatiebeleid
- Euthanasiebeleid
- Rol aandachtsvelders in de zorg
- “Een verkennend rapport over multidisciplinaire samenwerking rond advance care planning in het verpleeghuis”, Verenso en V&VN, dec. 2017