

# Missie & visie

**Missie Netwerk Palliatieve Zorg** .....naam invullen

Tekst toevoegen.

## Plaatje

Eigen plaatje toevoegen



## Visie

Eigen tekst toevoegen

## Uitgangspunten

Eigen tekst toevoegen

# Coördinatie & continuïteit van zorg

## Een interdisciplinair team en een centrale zorgverlener voor iedere patiënt

De multi-dimensionele benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Met de patiënt en naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, waar de patiënt eigenaar van is, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel (voor elke patiënt is een centrale zorgverlener beschikbaar).



## Instrumenten en methodieken

Welke instrumenten helpen ons?

Willen wij meer aandacht voor PaTz-groepen?

## De praktijk

Welke beelden hebben wij van 'de centrale zorgverlener'?

Hoe willen wij de interdisciplinaire samenwerking vormgeven?

Hoe zorgen we ervoor dat de palliatieve zorg voldoet aan de geldende kenmerken. Denk aan: wie is de hoofdbehandelaar, de centrale zorgverlener, bereikbaarheid, beschikbaarheid van zorg, inzet van gespecialiseerde palliatieve zorg of consultatie waar nodig.

Hoe willen wij de samenwerking met vrijwilligers vormgeven?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Niet alleen de zorg van de dokter en verpleegkundige is voor mij belangrijk, juist ook de vrijwilliger, fysiotherapeut en geestelijk verzorger zijn van onschatbare waarde.”

# Definitie palliatieve zorg

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



## Definitie Palliatieve zorg in het Kwaliteitskader (gemodificeerd WHO 2002)

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.

## Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken:

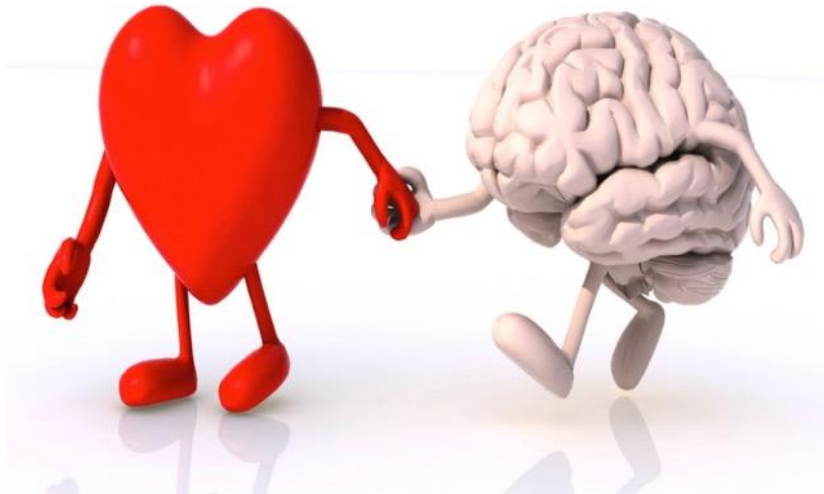
- De zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden;
- Generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften;
- De centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit;

De wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.

# Zorg verschillende dimensies (IZP)

## Palliatieve zorg = multidimensionele zorg

In het individueel zorgplan worden op de vier dimensies actuele en te verwachten problemen, te nemen acties en geplande evaluatiemomenten vastgelegd en door de patiënt geaccordeerd. N.a.v. een evaluatie kan het IZP worden herzien/bijgesteld. Cultuur is hier onderdeel van.



## Fysieke dimensie

Fysieke symptomen worden volgens geldende richtlijnen en inzichten behandeld, waarvan op basis van kennis en kunde gefundeerd mag worden afgeweken en waarbij behandeling is afgestemd op de individuele patiënt.

## Psychische dimensie

De zorgverlener heeft samen met de patiënt en diens naasten aandacht voor de psychische gevolgen van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en de aanwezigheid van eventuele psychiatrische symptomen.

## Sociale dimensie

De zorgverlener staat samen met de patiënt en diens naasten stil bij hun sociale context zodat aan hun doelen, wensen en behoeften tegemoet gekomen kan worden, sterke kanten beunt kunnen worden en het welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot. De culturele achtergrond van de patiënt, diens naasten en bijbehorende gemeenschap worden herkend, erkend en verkend en gerespecteerd gedurende het zorgtraject.

## Spirituele dimensie

De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passen ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften.

# Ethisch & juridisch

## Ethische en juridische expertise bij uitvoering van palliatieve zorg

Ethisch en juridisch: De zorgverlener herkent, erkent en verkent de complexe ethische kwesties die zich voor kunnen doen in de zorg voor patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Geldende wet- en regelgeving, erkende medische zorgstandaarden en professionele richtlijnen vormen de kaders waarbinnen de waarden, wensen en behoeften van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger en diens naasten worden gerespecteerd.



## Instrumenten en methodieken

Welke instrumenten helpen ons bij ethische en juridische vraagstukken?  
Welke methodieken helpen ons om morele dilemma's bespreekbaar te maken?

## De praktijk

Hoe gaan we om met morele dilemma's in de praktijk?  
Welke competenties vraagt dit van ons als professionals?  
Weten we welke partijen we hierbij om ondersteuning kunnen vragen?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?  
Wie en wat evalueren wij?  
Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?

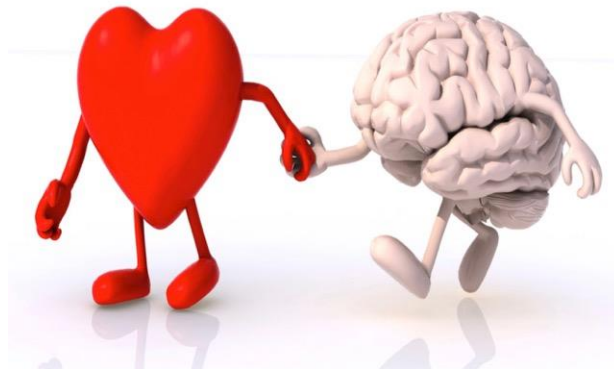


“Mijn broer heeft een ernstig verstandelijke beperking. De dokter vermoede een ernstig ziektebeeld. Het was voor ons een moeilijke beslissing om hem niet nader te laten onderzoeken in het ziekenhuis. Van familieleden hebben wij teruggekregen dat ze het niet begrijpen dat we hem deze zorg onthouden. Terwijl ik weet hoe belastend het ziekenhuis voor hem zal zijn.”

# Individueel (proactief) zorgplan (IZP)

**Transitie: Proactieve zorgplanning middels gezamenlijke besluitvorming krijgt vorm in het Individueel Zorgplan.**

Elke patiënt heeft in de palliatieve fase een individueel zorgplan, waarvan de patiënt eigenaar is. Dit plan kent een multidimensionaal karakter. Op vier dimensies worden actuele, te verwachten problemen, te nemen acties en geplande evaluatiemomenten vastgelegd en door de patiënt geaccordeerd. Het IZP kan worden herzien/bijgesteld. Dimensies: Fysiek, Psychisch, Sociaal en spiritueel. Cultuur is hier onderdeel van.



## Instrumenten en methodieken

Hoe willen wij aansluiten op landelijke ontwikkelingen rondom IZP? Wat doen we al?  
Gebruiken wij, hoe zetten wij de landelijke richtlijnen van Pallialine in binnen onze hulpverlening?  
Welke andere instrumenten kennen wij gericht op de vier dimensies binnen het IZP?

## De praktijk

Op welke wijze hebben wij de vier dimensies; fysiek, psychisch, sociaal + cultureel, spiritueel, in het IZP vormgegeven?

Is dit in de taal van gebruiker?

Weet de patiënt welke informatie beschikbaar is rond deze vier dimensies?

Hoe geven we vorm aan het eigenaarschap van de patient over zijn eigen plan, welke afspraken maken we met elkaar over het beheer, actualisatie en coördinatie van het IZP?

Hebben wij een beeld van de afspraken die in het plan thuishoren? Bv: (niet)behandelafspraken, gewenste plaats van zorg en sterven, crisissituaties.

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Ik ben meer dan mijn ziekte, ik ben een mens!”.

# Naaste(n)

## Naasten spelen een sleutelrol

De naaste wordt erkend als diegene die een belangrijke rol heeft in de ondersteuning en zorg voor de patiënt en wordt daar actief bij betrokken. De naaste wordt ondersteund, begeleid en voorzien van informatie, passend bij haar of zijn behoefte(n).



## Instrumenten en methodieken

Hoe kunnen we aansluiten op de naaste(n)?

Welke instrumenten helpen ons bij de ondersteuning van naaste(n)?

## De praktijk

(Er)kennen wij en hebben wij oog voor het proces dat de naaste loopt?

Hoe geven wij daar vorm aan?

Hoe zorgen we voor een goede samenwerking tussen zorgverleners, vrijwilligers en naaste(n)?

Op welke manier nemen we hier tijd voor in het zorgproces?

Hoe zorgen we dat ook de naaste(n) een (aparte) plek heeft in het zorgtraject.

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



”Ik maak mij zorgen over de toekomst. Hoe moet dat verder zonder mijn vrouw, hoe kan ik blijven zorgen voor mijn kinderen, hoe staan we er financieel voor. Dat daar aandacht voor is, heeft mij erg geholpen”.

# Nazorg (Verlies & rouw)

## Transitie: na het overlijden

De patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en (anticipatoire) rouw. Waar nodig of gewenst dient professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk te zijn



## Instrumenten en methodieken

Welke hulpmiddelen zijn er om mensen te ondersteunen in het proces van rouw?  
Welke instrumenten kunnen ons helpen in de nazorgfase?  
Hoe kun je problemen met verliesverwerking signaleren?

## De praktijk

Wat verstaan wij onder nazorg en op welke manier is de nazorg vormgegeven?  
Op welke manier wordt er aandacht gegeven aan rouw tijdens het ziekteproces?  
Zijn er afspraken over wie wat doet?  
Naar wie verwijzen wij bij behoefte aan meer ondersteuning in het rouwproces?  
Zijn wij als zorgverleners genoeg geoccupeerd om deze ondersteuning tijdens het ziekteproces te geven?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?  
Wie en wat evalueren wij?  
Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Onze wijkverpleegkundige attendeerde mij op een mooi hulpmiddel die ik kan gebruiken om mijn kinderen te ondersteunen. Ik vond het zo lastig, in hoeverre betrek je ze overal bij”



# NETWERK PALLIATIEVE ZORG

## Samenwerking

Betrokken organisaties in een regio werken effectief en efficiënt samen om te voorzien in de wensen en behoeften van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten. Het netwerk heeft de taak om te verbinden, coördineren, informeren, signaleren en faciliteren.



## Instrumenten en methodieken

Zijn er en kunnen instrumenten om het proces van ambitie tot vernieuwen behulpzaam zijn?  
Zijn er en kunnen instrumenten die de hiaten en overlap in de samenwerking palliatieve zorg in kaart te brengen, ons behulpzaam zijn?

## De praktijk

**Verbinden:** Hoe komen we tot een proces van gezamenlijke ambitie, verkennen van vraagstukken, delen, overeenkomen, vormgeven, uitvoeren & vernieuwen?

**Coördineren:** Hoe geven we vorm aan de besturing en ontwikkeling van het netwerk?

**Informeren:** Op welke wijze willen wij bestuurders, zorgverleners, burgers, etc. informeren?

**Signaleren:** Weten we welke hiaten en overlap de optimale palliatieve zorg in de weg staan?

**Faciliteren:** Hoe geven wij in het netwerk de consultatie palliatieve zorg vorm?

Is er zicht op de beschikbaarheid van bedbezetting palliatieve bedden en respijtzorg?

Hoe geven we deskundigheidsbevordering vorm?

**Innovatie en experimenten:** Vertalen we knelpunten vanuit de praktijk naar concrete opdrachten/projecten? Willen we mogelijke oplossingen uitproberen? Wie wil investeren?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“We hebben de moed gevonden om onze autonomie in te wisselen voor samenwerking ten behoeve van onze gezamenlijke ambitie voor mensen met een levensbedreigende aandoening. Daarbij hebben we het vertrouwen dat deze samenwerking waarde toevoegt aan de zorgverlener en organisatie.”

# Proactieve zorgplanning & gezamenlijke besluitvorming

**Transitie: Overgang naar een gezamenlijk toekomstgericht besluit over wel/geen interventies.**

Na markering wordt samen met patiënt/naaste(n) en betrokken professionals op basis van gelijkwaardigheid (patiënt/naaste(n)-professional) een gezamenlijk besluit genomen ten aanzien van de toekomst. Dit besluit kan meerdere scenario's bevatten en kan bijgesteld worden.



## Instrumenten en methodieken

Welke instrumenten en methodieken helpen ons in het proces van proactieve gespreksvoering  
Welke instrumenten en methodieken helpen ons in het vormgeven van gezamenlijke besluitvorming?

## De praktijk

Wat verstaan wij onder proactieve zorgplanning? Hoe willen wij hier vorm aan geven?  
Wat verstaan wij onder op basis van gelijkwaardigheid de patiënt/naasten betrekken?  
Hoe zorgen we ervoor dat behandelaar/zorgverlener passend wordt geïnformeerd over de mens achter de patiënt en naaste?  
Hoe zorgen we ervoor de iedere patiënt en naaste passend worden geïnformeerd?  
Wie is de centrale zorgverlener?  
Hoe leggen we besluiten vast?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?  
Wie en wat evalueren wij?  
Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Artsen moeten naar mensen luisteren, naar wat zij belangrijk vinden. Daar heb ik tijd voor nodig. Zicht krijgen wat ik nog heel graag wil of wil blijven doen”

# Profiel zorgverlener palliatieve zorg

## Kernwaarden en principes

Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's.



## Deskundigheid

Zowel de zorgverlener als de vrijwilliger zijn gekwalificeerd voor de zorg die ze verlenen en houden aantoonbaar hun kennis actueel met relevante bij- en nascholing (Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 1.0).

## Instrumenten en methodieken

Welke methodieken kunnen we inzetten om de juiste balans te creëren tussen afstand en betrokkenheid?  
Welke methodieken kunnen we inzetten om stress te reduceren?

Welke instrumenten kunnen helpen om deskundigheid (attitude, vaardigheden en kennis)

in de palliatieve zorg toe te laten nemen?

## De praktijk

Wat vinden wij belangrijke basiswaarden in de zorg?

Hoe bouwen we samen aan een zorg voor de zorgenden cultuur?

Hoe organiseren wij de ondersteuning van zorgverleners op het gebied van:

1. Informatie
2. Klinische en praktische ondersteuning
3. Emotionele ondersteuning
4. Betekenisgeving (bron pallialine)

Voldoen we aan de gestelde criteria voor generalistische palliatieve zorg?

Waar ligt de deskundigheidsbehoefte van onze zorgverleners in de palliatieve zorg?

Zijn er in de organisaties voldoende mogelijkheden tot het opdoen van nieuwe kennis en inzichten in de palliatieve zorg?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Dat het verlies van mijn vader afgelopen jaar zo naar boven komt, had ik mij van tevoren niet bedacht. Het is fijn dat hier binnen het team ruimte en aandacht voor is.”

“Natuurlijk wil ik een deskundige dokter en verzorgende aan mijn

bed. Of dat zij weten naar wie ze mij moeten doorverwijzen.”

## Signaleren & markeren

### Transitie: overgang van curatief naar palliatief

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend. Daarnaast dient ook de markering van de vaak geleidelijke overgang van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase plaats te vinden.



### Instrumenten en methodieken

Welke instrumenten helpen ons bij de markering?

Hoe zijn de zorgverleners toegerust in het voeren van slechtnieuwsgesprekken?

### De praktijk

Wie signaleert?

Hoe voeren we het gesprek?

Wie is daarbij aanwezig en waarom?

Welke gegevens vanuit de mens /naaste(n) die van belang zijn?

Hoe vervolgen wij dit gesprek?

Hoe leggen wij het slechtnieuwsgesprek vast?

Welke afspraken zijn er over de overdracht en vervolgen van het palliatieve traject?

### Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Als mijn ziekte niet te genezen is, wil ik dat horen van mijn dokter. Tijdig en op zo’n manier dat ik het begrijp.”

# Zorg in de stervensfase

## Transitie: overgang naar de stervensfase

Patiënten in de stervensfase worden tijdig herkend. Het individueel zorgplan wordt hierop aangepast of het zorgpad stervensfase wordt gestart. Zorg na het overlijden is respectvol en doet eer aan de waardigheid, cultuur en levensbeschouwelijke overtuigingen van de patiënt en diens naasten.



## Instrumenten en methodieken

Welke instrumenten helpen ons bij de markering van de stervensfase?

Welke instrumenten helpen ons bij de zorg tijdens de fase van overlijden?

## De praktijk

Hoe communiceer je deze fase met patiënt en naasten?

Hoe zorgen we voor optimale symptoombestrijding? Wat doen we nog wel en wat niet meer?

Is bekend wie welke gesprekken voert? Bijvoorbeeld over obductie, orgaan- en weefseldonatie?

Hoe informeer je elkaar bij overlijden?

Hebben wij of kunnen wij genoeg kennis vinden over ziekte en afscheid nemen binnen verschillende culturen en levensbeschouwelijke overtuigingen?

## Evaluatie

Welke instrumenten zetten wij in om te evalueren?

Wie en wat evalueren wij?

Hoe geven we een vervolg aan de evaluatie en op welk termijn?



“Dat het niet lang meer ging duren, voelde ik wel aan. Het was fijn dat de verpleegkundige dit met ons besprak en we daardoor ook letterlijk dichtbij elkaar konden blijven. Mijn man is overleden waar hij wilde”