



Zorgleidraad
Laatste Levensdagen

1e versie: 2012
2e versie: 2023
3e versie: 2023
4e versie: 2025



De Zorgleidraad Laatste Levensdagen is gebaseerd op de Liverpool Care Pathway for the dying patient (LCP), ontwikkeld door het LCP Central Team UK, Marie Curie Palliative Institute Liverpool, en aangepast en getest door de VUB-UGent onderzoeksgroep Zorg rond het Levens einde in samenwerking met de afdeling geriatrie van UZ Gent. Daarbij is ook gebruikgemaakt van elementen uit de handleiding van het Zorgpad Stervensfase, ontwikkeld door het Integraal Kankercentrum Nederland en Erasmus MC.



www.iknl.nl/palliatieve-zorg/verbetertrajecten/zorgpad-stervensfase

www.endoflifecare.be/zorgprogramma

Inhoudstabel

1 De ontwikkeling van de Zorgleidraad Laatste Levensdagen	4
2 Algemene instructie	6
Toelichting.....	6
Registratie.....	7
Deel 1 en 3	7
Deel 2	7
Dossier.....	7
Evaluatie van zorg.....	7
3 Gedetailleerde toelichting van de Zorgleidraad Laatste Levensdagen	8
Introductie	8
a. Pagina 1.....	8
b. Pagina 2.....	9
DEEL 1 Algemene beoordeling bij de start van de zorgleidraad	10
c. Pagina 3-5.....	10
d. Pagina 6: Rapportage ‘Nee’ bij deel 1	14
e. Pagina 6: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 1	14
DEEL 2 Continue beoordeling van de zorg	16
f. Pagina 7.....	16
g. Pagina 8: Rapportage ‘Nee’ bij deel 2	19
h. Pagina 9: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 2.....	19
DEEL 3 Zorg na het overlijden	20
i. Pagina 10.....	20
j. Pagina 10: Rapportage ‘Nee’ bij deel 3.....	21
k. Pagina 10: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 3	21

1

De ontwikkeling van de Zorgleidraad Laatste Levensdagen



In de gezondheidszorg gaat steeds meer aandacht uit naar palliatieve zorg. De stervensfase is daarin een specifieke periode waar alle dimensies van palliatieve zorg intensief samenkomen. In Groot-Brittannië wordt de zorg voor stervenden, zoals deze in hospices wordt verleend, gezien als de gouden standaard. John Ellershaw, specialist palliatieve zorg werkzaam in het Marie Curie hospice en het academisch ziekenhuis in Liverpool, stelde zich met zijn team tot doel deze hospicezorg voor stervenden te vertalen naar het ziekenhuis. Dit leidde in 1997 tot de ontwikkeling van de Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Hierin is goede zorg voor stervenden in de vorm van doelen/aandachtspunten omschreven.

In de praktijk bood de LCP de artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in het ziekenhuis een enorme ondersteuning in de zorg voor stervenden en hun naasten. Ook de zorgverleners in de hospices bleken het prettig te vinden met de LCP te werken. Inmiddels is het gebruik van de LCP in Groot-Brittannië opgenomen in het NHS National Cancer Plan 2000 (het Nationaal Plan voor de behandeling en benadering van patiënten met kanker). Als gevolg van goede ervaringen in het ziekenhuis zijn er ook voor het hospice, het verpleeghuis en de thuiszorg, versies van het zorgpad ontwikkeld.

In 2001 werd de Nederlandstalige versie van de LCP in de regio Zuidwest Nederland geïntroduceerd en door het toenmalige Integraal Kankercentrum Rotterdam (IKR) in samenwerking met Erasmus MC Rotterdam, in diverse organisaties ingevoerd. Vanaf maart 2009 is er in Nederland sprake van een toenemend gebruik van het zorgpad in alle settings van zorg. Hierbij valt te denken aan de ziekenhuizen, hospices, verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en de huisartsen.

Eind 2009 is in Engeland op basis van praktijkervaringen en publieke discussies een nieuwe versie van de LCP verschenen. In Nederland heeft dit in 2011 geleid tot de tweede Nederlandstalige versie: Zorgpad Stervensfase 2.0. Ook alle bijbehorende materialen zijn in 2011 herzien en waar nodig aangepast.

In 2011 heeft de onderzoeksgroep Zorg Rond het Levenseinde (VUB-UGent) het FLIECE project opgestart om de zorg aan het levenseinde in Vlaanderen te verbeteren. Een van de doelstellingen was het evalueren en verbeteren van de zorg- en levenskwaliteit gedurende de laatste levensuren van geriatrische patiënten in Vlaamse ziekenhuizen. Om deze doelstelling te bereiken, werd in 2013 de LCP vertaald en aangepast aan de Vlaamse situatie. In Vlaanderen heeft dit geleid tot een eerste Vlaamse versie van de LCP, namelijk de Zorgleidraad Laatste Levensdagen.

De zorgleidraad werd in 2013 en 2014 getest in 10 ziekenhuizen. Deze eerste robuuste studie naar het effect van een zorgprogramma voor de laatste levensdagen in de geriatrie vond een statistisch en klinisch significante verbetering van het comfort tijdens de stervensfase, alsook een positief effect op de symptomen en zorgbehoeften van de stervende patiënten¹.

In het verdere verloop van deze handleiding wordt daar waar zorgleidraad staat de Zorgleidraad Laatste Levensdagen bedoeld.

¹ Beernaert K, Smets T, Cohen J, Verhofstede R, Costantini M, Eecloo K, Van Den Noortgate N, Deliëns L. Improving comfort around dying in older people: results from a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 2017 May 15.



2 Algemene instructie

Toelichting

De eerste Vlaamse versie van de Zorgleidraad Laatste Levensdagen is gebaseerd op de Liverpool Care Pathway for the dying patient versie 12 uit de UK (2009).

Zoals bij alle klinische richtlijnen en trajecten beoogt de zorgleidraad ondersteuning maar geen vervanging van het klinisch oordeel.

De zorgleidraad is bedoeld als leidraad voor professionele zorgverleners en stelt hen in staat zich te focussen op de zorgverlening in de laatste levensuren of –dagen. Dit vertaalt zich in zorgverlening van hoge kwaliteit die afgestemd is op de individuele behoeften van de patiënt wanneer wordt verwacht dat hij/zij gaat sterven.

Het gebruik van de zorgleidraad in eender welke omgeving vereist een regelmatige beoordeling en behelst regelmatige reflectie, invraagstelling, cruciale besluitvorming op het hoogste niveau en klinische expertise, dit alles in het belang van de patiënt. Het gebruik van de zorgleidraad moet onderbouwd zijn met een degelijk permanent leer- en trainingsprogramma.

De zorgleidraad sluit het gebruik van kunstmatige voedsel- of vochttoediening of antibiotica niet uit. Alle klinische beslissingen moeten genomen worden in het belang van de patiënt.

Goede, allesomvattende duidelijke communicatie is essentieel en alle beslissingen die tot een aanpassing in de zorgverlening leiden, moeten, indien aangewezen, worden meegedeeld aan de patiënt en naaste(n). De standpunten van alle betrokkenen moeten gehoord en gedocumenteerd worden.

Aanpassingen in de zorg in deze complexe, onzekere fase worden doorgevoerd in het belang van de patiënt en de naaste(n) en moeten regelmatig herbekeken worden door het multidisciplinair team.

Elke patiënt zal regelmatig beoordeeld worden en een evaluatie door het multidisciplinaire team zal om de drie dagen plaats moeten vinden in het geval de zorgleidraad werd opgestart.

In de zorgleidraad wordt de multidisciplinaire zorg in de vorm van aandachtspunten omschreven.

NB. Het is niet realistisch ervan uit te gaan dat bij de zorg in de stervensfase aan alle aandachtspunten wordt tegemoet gekomen. Belangrijker is dat in situaties waarin men niet tegemoet komt aan een aandachtspunt (een 'nee' of 'N' wordt aangekruist/ingevuld) aandacht wordt besteed aan de redenen en eventueel ondernomen actie hiervoor.

De formulering van de vetgedrukte aandachtspunten in de zorgleidraad staat vast en mag niet worden gewijzigd. De aandachtspunten zijn gebaseerd op het oorspronkelijke Engelstalige document.

Er mogen geen aandachtspunten worden weggelaten. Indien wenselijk kunnen aandachtspunten worden toegevoegd.

De zorgleidraad is verdeeld in drie fasen:

- 1) Deel 1: Algemene beoordeling bij de start van de zorgleidraad
- 2) Deel 2: Continue beoordeling van de zorg tijdens de laatste levensdagen of -uren
- 3) Deel 3: Zorg na het overlijden

In de zorgleidraad staat bij een aantal aandachtspunten een korte toelichting die in de praktijk van belang kunnen zijn. Mogelijk is deze informatie niet altijd voldoende. Deze handleiding bevat daarom – waar nodig – per onderdeel van de zorgleidraad een uitgebreidere uitleg.

Registratie

Deel 1 en 3

- ✓ Deze delen worden zo volledig mogelijk ingevuld bij de start van de zorgleidraad (deel 1) en na het overlijden van de patiënt (deel 3).
- ✓ Als men tegemoet komt aan een aandachtspunt kruist men 'ja' aan.
- ✓ Als men niet tegemoet komt aan een aandachtspunt kruist men 'nee' aan.
- ✓ Vervolgens wordt elk aandachtspunt waarbij 'nee' is aangekruist, gerapporteerd onder **Rapportage 'Nee'**.
- ✓ Als er bij een aandachtspunt uit deel 1 en/of deel 3 initieel 'nee' werd aangekruist en men later een 'ja' wil noteren, dan kan dit gerapporteerd worden onder **Multidisciplinaire beoordeling**.
- ✓ Onder **Multidisciplinaire beoordeling** kan ook aanvullende, belangrijke en multidisciplinaire informatie vermeld worden die niet aan bod kwam in de aandachtspunten.

Deel 2

- ✓ Dit deel dient elke dag (om de 24 uren) vernieuwd te worden. Noteer op elk nieuw tweede deel de datum en omcirkel de dag waarop het tweede deel betrekking heeft.
- ✓ Registratie gebeurt iedere 4 uren en vindt plaats op vaste tijdstippen.
- ✓ Noteer bij elk registratiemoment voor elk aandachtspunt één letter (J of N).
- ✓ Als men tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dat aangegeven met een J (= ja).
- ✓ Als men niet tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dit aangegeven met een N (= nee).
- ✓ Vervolgens wordt elk aandachtspunt waarbij 'N' ingevuld wordt, gerapporteerd onder Rapportage 'Nee'.
- ✓ Ten slotte kan onder Multidisciplinaire beoordeling aanvullende, belangrijke en multidisciplinaire informatie vermeld worden die niet aan bod kwam in de aandachtspunten.

Dossier

- ✓ De zorgleidraad is onderdeel van de officiële statusvoering over een patiënt. Met betrekking tot bewaren/opslag en het inzagerecht gelden dan ook voor de zorgleidraad dezelfde rechten en plichten als voor het medisch dossier.

Evaluatie van zorg

- ✓ In verband met de evaluatie van de zorg is het wellicht efficiënt om het dossier niet direct te archiveren na het overlijden van de patiënt.



3 Gedetailleerde toelichting van de Zorgleidraad Laatste Levensdagen

Introductie

a. Pagina 1

Opstarten van de zorgleidraad

- ✓ Zoals vermeld in het stroomdiagram op pagina 1 van de zorgleidraad moet er bij elke patiënt met een verslechtering van zijn/haar gezondheidstoestand door het multidisciplinaire team geoordeeld worden of hij/zij stervende is. Met het multidisciplinaire team wordt meestal de arts en één of meerdere verpleegkundige(n) bedoeld.
- ✓ Indien er geoordeeld wordt dat de patiënt stervende is, kan de arts de beslissing nemen om de zorgleidraad op te starten. Deze beslissing dient hier zo snel mogelijk gedocumenteerd te worden.

Flowchart als hulpmiddel

- ✓ Dit stroomdiagram helpt bij de (her)beoordeling van de gezondheidstoestand van de patiënt.
- ✓ De zorgleidraad kan worden opgestart bij patiënten die naar het oordeel en de verwachting van het multidisciplinaire team binnen enkele dagen/uren komen te overlijden. Aanwijzingen hiervoor zijn:
 - De patiënt komt niet meer uit bed
 - De patiënt is subcomateus
 - De patiënt is slechts in staat slokjes te drinken
 - De patiënt is niet langer in staat tabletten in te nemen
- ✓ Het kan voorkomen dat deze verschijnselen al langer aanwezig zijn, zonder dat de patiënt stervende is of dat ze niet duidelijk aanwezig zijn, terwijl het voor het team wel duidelijk is dat de patiënt binnen enkele dagen komt te overlijden. Met nadruk wordt daarom opgemerkt dat het oordeel van het multidisciplinaire (behandel)team doorslaggevend is voor de start van de zorgleidraad.
- ✓ De herkenning en de diagnose van 'stervende zijn' is altijd complex, ongeacht vorige diagnoses of de medische voorgeschiedenis. Onzekerheid maakt integraal deel uit van het stervensproces. Er zijn situaties waarbij een patiënt van wie gedacht wordt dat hij/zij stervende is, langer leeft dan verwacht en omgekeerd. Vraag bijkomend advies of gespecialiseerde palliatieve zorg indien dat nodig is.
- ✓ Vaak wordt gevraagd of de zorgleidraad ook toegepast kan worden bij euthanasie. Uitgangspunt van de zorgleidraad is dat er sprake is van een stervensfase. Euthanasie kan toegepast worden zonder dat van een stervensfase sprake is. In die situaties is de zorgleidraad niet van toepassing. Bij palliatieve sedatie is het wel gebruikelijk om de zorgleidraad te starten.
- ✓ Herbeoordeling van de situatie van de patiënt na start van de zorgleidraad moet iedere 3 dagen (72 uren) plaatsvinden. Stop de zorgleidraad (tijdelijk) als het multidisciplinair team bij de herbeoordeling constateert dat de laatste levensdagen of -uren toch nog niet zijn aangebroken. In een later stadium opnieuw starten is mogelijk. Begin dan weer met een nieuwe zorgleidraad bij deel 1.

Regelmatige herbeoordelingen door het multidisciplinaire team

- ✓ De zorgleidraad wordt gebruikt en ingevuld tot na het overlijden van de patiënt.
- ✓ Om te voorkomen dat de zorgleidraad onnodig bij een patiënt wordt verdergezet, dient de situatie van de patiënt na de start van de zorgleidraad iedere 3 dagen herbeoordeeld te worden door het multidisciplinaire team. De data en tijdstippen van deze herbeoordelingen dienen hier gedocumenteerd te worden.
- ✓ Als het multidisciplinaire team bij de herbeoordeling vaststelt dat de laatste levensdagen of –uren toch niet zijn aangebroken, moet de zorgleidraad worden stopgezet.
- ✓ Deze stopzetting kan hier ook gedocumenteerd worden. De datum, het tijdstip en de reden(en) van stopzetting dienen hier dan gedocumenteerd te worden. In een later stadium opnieuw starten is mogelijk. Men dient dan met een nieuwe zorgleidraad te beginnen.

b. Pagina 2

Inhoud van de zorgleidraad

- ✓ De zorgleidraad bestaat uit 3 delen:
 - Deel 1 wordt eenmalig ingevuld van zodra de multidisciplinaire beslissing is genomen om de zorgleidraad op te starten.
 - Deel 2 wordt om de vier uren ingevuld van zodra de multidisciplinaire beslissing is genomen om de zorgleidraad op te starten. Bij patiënten met een acuut intredende stervensfase: start met deel 2, de 4-uurs registratie. Vul op een rustiger moment deel 1 in.
 - Deel 3 wordt eenmalig ingevuld na het overlijden van de patiënt. Na een plotselinge dood: vul deel 3 betreffende het overlijden en de zorg na het overlijden in.
- ✓ In elk deel worden **aandachtspunten** vooropgesteld. Om goede zorg voor stervenden te verzekeren, is het belangrijk om deze aandachtspunten door te nemen en te beantwoorden.
- ✓ Indien men tegemoet komt aan een aandachtspunt, dient men ‘ja’ of ‘J’ aan te kruisen/in te vullen.
- ✓ Indien men niet tegemoet komt aan een aandachtspunt, dient men ‘neen’ of ‘N’ aan te kruisen/in te vullen.
- ✓ **Niet tegemoet komen aan een aandachtspunt is niet per definitie negatief. Het onderstreept juist het specifieke karakter van de situatie van de patiënt. Het is gebaseerd op zijn specifieke behoeften, uw klinische beoordeling en de behoeften van de naasten.**
- ✓ Elk deel bevat ruimte om aandachtspunten waarbij ‘neen’ of ‘N’ werd aangekruist/ingevuld te rapporteren: dit is de Rapportage ‘Nee’. Wanneer bij één of meerdere aandachtspunten ‘Nee’ werd aangekruist of ‘N’ werd ingevuld, dient dit hier gerapporteerd te worden. Hier kan men weergeven bij welk aandachtspunt ‘neen’ werd aangekruist, wat de reden hiervoor is en welke actie er eventueel is ondernomen.
- ✓ Ten slotte is er in ieder deel ook plaats voor belangrijke, aanvullende en multidisciplinaire informatie: **Multidisciplinaire beoordeling**. Hier kan aanvullende informatie betreffende de patiënt en de naaste(n) gerapporteerd worden die niet aan bod kwam in de aandachtspunten.

Invullen van de zorgleidraad

- ✓ De **verpleegkundige** heeft de (eind)coördinatie bij de schriftelijke vastlegging. Hij/zij checkt tevens of alles correct en volledig ingevuld is en onderneemt gericht actie als dit niet het geval is.
- ✓ De arts vult de aandachtspunten en items in waar hij/zij eindverantwoordelijk voor is zoals bijvoorbeeld het niet-reanimeer beleid (indien dit niet eerder in het medisch dossier is vastgelegd inclusief handtekening). Dit wordt aangeduid met de **roosgekleurde kaders**.

DEEL 1



Algemene beoordeling bij de start van de zorgleidraad

c. Pagina 3-5

Diagnose en uitgangspositie patiënt

Diagnose	Hoofddiagnose noteren
Land van herkomst	Relevant voor communicatie en voor cultuurgebonden normen en waarden
Geboortedatum	
Comorbiditeit (of andere ziekten die een rol spelen)	Bijkomende diagnoses noteren Voorbeeld: een patiënt met longkanker heeft tevens COPD en diabetes mellitus. Bij 'diagnose' wordt dan vermeld: longkanker en bij 'comorbiditeit': COPD en diabetes mellitus
Opnamedatum	Datum van opname op uw afdeling
Geslacht	Vrouw of man
Symptomen	Geef per symptoom of kenmerk aan of dit aanwezig is of niet (kruis aan)
Bewustzijn patiënt	Geef aan of de patiënt bewust, verminderd bewust of niet bewust is

Communicatie

Aandachtspunt 1.1 De patiënt is in staat om volledig en actief deel te nemen aan het gesprek

Het is belangrijk dat de barrières die een belemmering kunnen vormen voor de communicatie met de patiënt geëvalueerd worden.

Mogelijks heeft de patiënt een vreemde moedertaal en dient een tolk te worden ingeschakeld. Andere communicatiebarrières kunnen zijn: slechthorendheid/doofheid, slechtziendheid of blindheid, spraakproblemen, **dementie**, neurologische aandoeningen en delirium.

Aandachtspunt 1.2 De naaste is in staat om volledig en actief deel te nemen aan het gesprek

Het is belangrijk dat de barrières die een belemmering kunnen vormen voor de communicatie met de naaste geëvalueerd worden.

Mogelijks heeft de naaste een vreemde moedertaal en dient een tolk te worden ingeschakeld. Andere communicatiebarrières kunnen zijn: slechthorendheid of doofheid, slechtziendheid of blindheid, spraakproblemen, **dementie**, neurologische aandoeningen en delirium.

Aandachtspunt 1.3 De patiënt weet dat hij/zij stervende is

Aandachtspunt 1.4 De naaste weet dat de patiënt stervende is

Aandachtspunt 1.5 Het ziekenhuisteam heeft de juiste en volledige contactinformatie van de naaste(n)

- ✓ Controleer bij het op- of overschrijven van telefoonnummers of deze zijn gewijzigd ten opzichte van gegevens in het patiëntendossier.
- ✓ Eventueel kan er in de zorgleidraad duidelijk verwezen worden naar de telefoonnummers van contactpersonen die al in het patiëntendossier werden genoteerd.

Faciliteiten

Aandachtspunt 2 De naasten hebben een volledige uitleg gekregen over de faciliteiten die tot hun beschikking staan en er werd een folder over de faciliteiten verstrekt

Denk aan: parkeergelegenheid, overnachtingsmogelijkheden, sanitaire voorzieningen, maaltijden.

Religieuze, spirituele en culturele behoeften

Aandachtspunt 3.1 De patiënt krijgt de gelegenheid om te bespreken wat voor hem/haar op dit moment belangrijk is, bv. zijn/haar wensen, gevoelens, geloof, overtuigingen, waarden

De patiënt kan zich zorgen maken over zichzelf of anderen. Bekijk of er specifieke religieuze, spirituele of culturele behoeften zijn. Het is belangrijk na te gaan en op te schrijven wat de behoeften zijn van de patiënt vóór, bij en na het overlijden. Denk hierbij aan waken, godsdienstige gebruiken/rituelen, betrekken van de naaste(n) bij de laatste zorg aan de overleden patiënt, kleding na overlijden. Ga bijvoorbeeld na of de patiënt ziekenzalving of een andere levensbeschouwelijke ondersteuning wenst.

Aandachtspunt 3.2 De naaste heeft de gelegenheid gekregen om te bespreken wat voor hem/haar op dit moment belangrijk is, bv. zijn/haar wensen, gevoelens, geloof, overtuigingen, waarden

Bekijk of de naaste specifieke religieuze, spirituele of culturele behoeften heeft.

Medicatie

Aandachtspunt 4.1 De huidige medicatie is beoordeeld en onnodige medicatie wordt stopgezet

- ✓ Het gebruik van alle geneesmiddelen dient bij de start van de zorgleidraad beoordeeld te worden. Hierbij kan het voorkomen dat bepaalde geneesmiddelen niet meer nodig zijn of op een andere manier moeten worden toegediend.
- ✓ Medicatie voor symptoomcontrole zal enkel worden gegeven wanneer dat nodig is, op het juiste moment, met de juiste hoeveelheid en niet meer dan nodig is om het symptoom te verhelpen.
- ✓ Denk bij verandering van de toedieningsweg of bij stopzetten van medicatie altijd aan overleg met en/of uitleg aan de patiënt en/of diens naaste(n) (bijv. bij insuline).
- ✓ Gebruik voor de omzetting van de toedieningsweg van de medicatie de richtlijn van de instelling
- ✓ Bij stopzetten van medicatie: noteer dit zeker op het multidisciplinaire beoordelingsblad
- ✓ Bij omzetten van orale naar intraveneuze medicatie: noteer dit zeker op het multidisciplinaire beoordelingsblad.

Aandachtspunt 4.2 De patiënt heeft 'indien nodig' medicatie voorgeschreven gekregen voor de volgende vijf symptomen die in de laatste dagen tot uren van zijn/haar leven kunnen optreden

- ✓ Indien 'ja': noteer op het multidisciplinaire beoordelingsblad duidelijk leesbaar de 'indien nodig' medicatie of volg de procedures van de instelling over medicijnverstrekking.
- ✓ Indien 'nee': noteer op het blad Rapportage 'Nee' waarom de 'indien nodig' medicatie niet is voorgeschreven.

Aandachtspunt 4.3 Er is beoordeeld of een subcutane toegangspoort nodig is

- ✓ Het is belangrijk dat arts en verpleegkundige stilstaan bij de behoefte aan een subcutane toegangspoort (“Is een subcutane toegangspoort nodig?”).
- ✓ Bij sommige patiënten zal al een subcutane of intraveneuze toegangspoort aanwezig zijn.
- ✓ Niet alle patiënten die stervende zijn, zullen een subcutane toegangspoort nodig hebben.
- ✓ Indien de arts de behoefte aan een subcutane toegangspoort beoordeeld heeft, dan kan ‘ja’ worden aangekruist. Indien na beoordeling de arts beslist om een subcutane toegangspoort te plaatsen, dan dient dit gerapporteerd te worden onder **Multidisciplinaire beoordeling**.
- ✓ Indien een subcutane toegangspoort nodig is, moet de keuze voor deze toedieningsvorm uitgelegd worden aan de patiënt en de naaste(n).
- ✓ Indien het niet mogelijk is om een subcutane toegangspoort te plaatsen, plaats dan indien nodig een intraveneuze toegangspoort (bijvoorbeeld bij oedeemvorming).

Huidige interventies

Aandachtspunt 5.1 Het multidisciplinaire team heeft beoordeeld of onderstaande interventies nodig zijn

- ✓ Het besluit om niet-noodzakelijke interventies te stoppen wordt indien nodig in onderling overleg met collega’s en eventueel naaste(n) genomen. Naasten hebben bijvoorbeeld soms uitleg nodig over het nalaten van zuurstoftoediening.
- ✓ Let erop dat de opdrachten van de arts voor starten/stoppen van de betreffende interventie onder **Multidisciplinaire beoordeling** genoteerd worden.

Aandachtspunt 5.2 Er is een niet-te-reanimeren beleid (NTR-code) afgesproken

- ✓ Noteer de beslissing in het patiëntendossier.
- ✓ Informeer waar nodig de patiënt of naaste(n).

Aandachtspunt 5.3 Interne defibrillator (ICD) is uitgeschakeld

- ✓ Neem contact op met de cardioloog van de patiënt.
- ✓ Informeer waar nodig de patiënt of naaste(n).

Voeding

Aandachtspunt 6 Het multidisciplinaire team heeft beoordeeld of de patiënt kunstmatige voeding nodig heeft

- ✓ Het is belangrijk dat arts en verpleegkundige stilstaan bij de behoefte aan kunstmatige voeding (“Is kunstmatige voeding nodig?”)
- ✓ De patiënt moet zo lang mogelijk geholpen worden bij het innemen van voedsel via de mond.
- ✓ Een verminderde behoefte aan voedsel maakt deel uit van het stervensproces; voor veel patiënten zal kunstmatige voeding dus niet nodig zijn
- ✓ Leg het zorgplan uit aan de patiënt en zijn naaste(n)

Vocht

Aandachtspunt 7 Het multidisciplinaire team heeft beoordeeld of de patiënt kunstmatige vochttoediening nodig heeft

- ✓ Het is belangrijk dat arts en verpleegkundige stilstaan bij de behoefte aan kunstmatige vochttoediening (“Is kunstmatige vochttoediening nodig?”)
- ✓ De patiënt moet zo lang mogelijk geholpen worden bij het innemen van vocht via de mond
- ✓ Een verminderde behoefte aan vocht maakt deel uit van het stervensproces; voor veel patiënten zal kunstmatige vochttoediening dus niet nodig zijn
- ✓ Symptomen van dorst/droge mond wijzen niet altijd op uitdroging, maar zijn vaak te wijten aan ademen door de mond of aan het gebruik van bepaalde medicatie. Goede mondverzorging is essentieel
- ✓ Leg het zorgplan uit aan de patiënt en zijn naaste(n)

Huid

Aandachtspunt 8 De toestand van de huid van de patiënt is beoordeeld

- ✓ Gebruik een erkende evaluatieschaal om de klinische diagnose te ondersteunen en overweeg het gebruik van speciale hulpmiddelen (decubitusmatras e.d.)

Uitleg over het zorgplan

Aandachtspunt 9.1 Het zorgplan is besproken met en uitgelegd aan de patiënt

- ✓ Het zorgplan beschrijft de multidisciplinaire zorg uitgaande van de behoeften van de patiënt

Aandachtspunt 9.2 Het zorgplan is besproken met en uitgelegd aan de naaste(n)

- ✓ Het zorgplan beschrijft de multidisciplinaire zorg uitgaande van de behoeften van de patiënt
- ✓ Noteer duidelijk door wie en aan wie het zorgplan werd uitgelegd

Aandachtspunt 9.3 De folder ‘De Stervensfase’ is gegeven aan de naaste(n)

- ✓ De folder over de stervensfase geeft informatie over verschijnselen die zich kunnen voordoen in de laatste dagen/uren van het leven. De folder kan worden gegeven tijdens het gesprek over het verwachte naderend overlijden. Het kan naasten helpen als zij de gegeven informatie na het gesprek nog eens rustig willen lezen

Aandachtspunt 9.4 De huisarts(praktijk) van de patiënt is op de hoogte gebracht dat de patiënt stervende is

Aandachtspunt 9.5 Direct betrokken zorgverleners in het ziekenhuis (**ook logistiek personeel**) en in de thuiszorg zijn op de hoogte gebracht dat de patiënt stervende is

- ✓ Denk zeker ook aan het annuleren van geplande onderzoeken
- ✓ Zorg dat ook logistiek personeel op de hoogte is, zodat er bijvoorbeeld geen maaltijden meer gebracht worden voor de patiënt wanneer dit niet meer van toepassing is

d. Pagina 6: Rapportage 'Nee' bij deel 1

- ✓ Vermeld op dit blad alle aandachtspunten waarvoor in de algemene beoordeling bij de start van de zorgleidraad 'nee' is aangekruist
- ✓ Kolom 1: het nummer van het betreffende aandachtspunt en waarom 'nee' werd aangekruist (redenen/oorzaak)
- ✓ Kolom 2: eventueel ondernomen acties
- ✓ Indien is besloten om geen actie te ondernemen, moet ook dit in kolom 2 vermeld worden.
- ✓ Een uitgebreidere toelichting bij de informatie in kolom 2 kan ook onder Multidisciplinaire beoordeling worden genoteerd. Maak dan een duidelijke verwijzing naar het betreffende aandachtspunt.

e. Pagina 6: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 1

- ✓ Als men bij een aandachtspunt uit deel 1 'nee' heeft aangekruist en men later een 'ja' wil noteren, dan kan men dit rapporteren onder Multidisciplinaire beoordeling.
- ✓ Onder Multidisciplinaire beoordeling kan ook alle belangrijke informatie worden meegedeeld die niet is opgenomen in de algemene beoordeling bij de start van de zorgleidraad, m.a.w. belangrijke informatie die niet aan bod komt in de aandachtspunten.

DEEL 2



Continue beoordeling van de zorg

f. Pagina 7

- ✓ Dit deel dient **elke dag** (om de 24 uren) vernieuwd te worden. Noteer op elk nieuw tweede deel de datum en omcirkel de dag waarop het tweede deel betrekking heeft.
- ✓ Registratie gebeurt iedere 4 uren en vindt plaats op vaste tijdstippen.
- ✓ Noteer bij elk registratiemoment voor elk aandachtspunt één letter (J of N).
- ✓ Als men tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dat aangegeven met een J (= ja).
- ✓ Als men niet tegemoet gekomen is aan een aandachtspunt, wordt dit aangegeven met een N (= nee).
- ✓ Wanneer bij één of meerdere aandachtspunten 'N' wordt ingevuld, dient u dit te rapporteren onder Rapportage 'Nee' (pagina 8 en 9).
- ✓ Overleg zo nodig met een arts over noodzakelijke interventies of geneesmiddelen.
- ✓ Als de patiënt zelf niet meer kan aangeven of er aan een aandachtspunt tegemoet gekomen is, is het oordeel van de zorgverlener bepalend.
- ✓ Per registratiemoment dient de beoordelende verpleegkundige zijn/haar handtekening te zetten.
- ✓ Ten slotte kan onder Multidisciplinaire beoordeling aanvullende, belangrijke en multidisciplinaire informatie vermeld worden die niet aan bod kwam in de aandachtspunten.
- ✓ Hieronder vindt u een toelichting van **de aandachtspunten a tot en met t**:

Aandachtspunt a De patiënt is pijnvrij

- ✓ Hierbij kan het zijn dat de patiënt dit zelf aangeeft (bijvoorbeeld 'de pijn is draaglijk') of dat dit door anderen gesignaleerd wordt (bijvoorbeeld 'patiënt heeft pijn bij bewegen')
- ✓ Let op non-verbale signalen van de patiënt
- ✓ Overweeg om van positie te veranderen
- ✓ Gebruik een pijnmeetinstrument indien aangewezen
- ✓ Gebruik 'indien nodig' pijnmedicatie bij doorbraakpijn
- ✓ De beoordeling van de patiënt (bijvoorbeeld 'het gaat goed hoor') kan verschillen met de beoordeling van de zorgverlener (bijvoorbeeld 'patiënt heeft pijn'). In dat geval dient 'N' ingevuld te worden. Onder **Rapportage 'Nee'** kan er dan toegelicht worden hoe men is omgegaan met de aandachtspunten waarbij 'N' werd ingevuld

Aandachtspunt b De patiënt is rustig

- ✓ Dit kan blijken uit een patiënt die geen tekenen van rusteloosheid of angst vertoont
- ✓ Het gaat hierbij niet alleen om puur fysieke rusteloosheid. Rusteloosheid kan ook ontstaan uit psychische disharmonie
- ✓ Denk ook aan levensbeschouwelijke of relationele problematiek
- ✓ Sluit behandelbare oorzaken zoals urineretentie en opioïd-intoxicatie uit

Aandachtspunt c De patiënt ervaart geen hinder van de slijmproductie

- ✓ Dit kan blijken uit een patiënt die geen tekenen van kortademigheid vertoont en/of het reutelen niet als hinderlijk ervaart
- ✓ Indien de patiënt hinder ervaart:
 - Overweeg om van positie te veranderen
 - Bespreek de hinderlijke slijmproductie/het reutelen en de aanpak ervan met de patiënt en de naaste(n)
 - Overweeg medicatie bij hinderlijke slijmproductie en/of van zodra er gedacht wordt aan het ontstaan van reutelen

Aandachtspunt d De patiënt is niet misselijk

- ✓ Misselijkheid en braken kunnen gepaard gaan met speekselvloed, bleekheid, zweten, enz.
- ✓ Let er op dat patiënt zo weinig mogelijk omgeven is door hinderlijke geuren

Aandachtspunt e De patiënt braakt niet

Aandachtspunt f De patiënt is niet kortademig

- ✓ Overweeg om van positie te veranderen
- ✓ Overweeg morfine

Aandachtspunt g De patiënt heeft geen mictieproblemen

- ✓ Urogenitale problemen kunnen veel ongemak en onrust geven bij de patiënt, daarbij kan het hinderlijke geuren verspreiden. Let erop dat onaangename geuren opgemerkt worden en neem in overleg met de familie passende maatregelen
- ✓ Breng bij urineretentie een urinekatheter in
- ✓ Gebruik incontinentiemateriaal bij incontinentie/algehele zwakte

Aandachtspunt h De patiënt heeft geen problemen met de ontlasting

- ✓ Dit blijkt uit een patiënt die niet onrustig of gespannen is als gevolg van buikkrampen, obstipatie of diarree
- ✓ Ontlastingsproblemen kunnen leiden tot pijn en onrust
- ✓ Probeer de oorzaak van het ontlastingsprobleem te kennen
- ✓ Overweeg bij ernstige obstipatie de ontlasting met de hand te verwijderen
- ✓ Observeer constipatie/diarree

Aandachtspunt i De patiënt heeft geen andere symptomen

- ✓ Jeuk kan verschillende oorzaken hebben: denk hierbij aan diabetes mellitus, uitdroging, geneesmiddelen, enz.
- ✓ Overleg met arts welke interventie passend is indien patiënt hier veel ongemak van lijkt te ondervinden
- ✓ Let tevens op te warme kamertemperatuur, kleding of dekbedden
- ✓ Ook bij andere (hinderlijke) symptomen dient er overlegd te worden met de arts welke interventie nodig is
- ✓ Indien er geen andere symptomen zijn, noteer dan n.v.t.

Aandachtspunt j Het comfort en de veiligheid van de patiënt is verzekerd bij het toedienen van medicatie

- ✓ De patiënt krijgt enkel medicatie die op dit moment gunstig is voor hem/haar
- ✓ Noteer bij aanwezigheid van een subcutane/intraveneuze toegangspoort de insteekplaats
- ✓ Indien geen medicatie vereist is, noteer dan n.v.t.

Aandachtspunt k Het multidisciplinaire team heeft beoordeeld of de patiënt vocht nodig heeft

- ✓ De patiënt wordt zo lang als het kan geholpen bij het oraal innemen van (ingedikte) vloeistoffen
- ✓ Wees alert op tekenen van aspiratie en/of onrust
- ✓ Indien kunstmatige vochttoediening gegeven wordt, observeer hoeveelheid en snelheid
- ✓ Leg het zorgplan uit aan patiënt en naaste(n)

Aandachtspunt l De mond van de patiënt is vochtig en schoon

- ✓ Denk hierbij aan het voorkomen van een droge mond, stomatitis en onprettig geurende speekselvloed. Gebruik passende interventies en instrueer eventueel naasten dat zij tussen de zorgmomenten ook mondzorg geven
- ✓ Volg het mondverzorgingsprotocol (indien aanwezig)
- ✓ Betrek indien mogelijk de naaste(n) bij de mondverzorging
- ✓ Plaats de nodige producten in de omgeving van de patiënt

Aandachtspunt m De huid van de patiënt blijft intact (decubituspreventie)

- ✓ Volg het decubituspreventieprotocol
- ✓ Gebruik een decubitus meetinstrument

Aandachtspunt n De behoeften van de patiënt op het gebied van persoonlijke hygiëne worden vervuld

- ✓ Huidverzorging, wassen, oogverzorging, verversen van kledij volgens zijn/haar individuele behoeften
- ✓ Indien gewenst de naaste(n) betrekken bij de verzorging

Aandachtspunt o De patiënt ontvangt zorg in een fysieke omgeving aangepast aan zijn/haar individuele behoeften

- ✓ Goed sluitende gordijnen, nette omgeving, voldoende ruimte rond het bed, gewenste rust op de kamer
- ✓ Zorg dat het oproepsysteem binnen handbereik is

Aandachtspunt p Er is voortdurend aandacht voor het psychisch welbevinden van de patiënt en de naaste(n) – **er is gevraagd of naaste bepaalde noden/behoefte heeft**

- ✓ Aanwezigheid naast het bed (“er zijn”) biedt steun en medeleven
- ✓ Respectvolle verbale en non-verbale communicatie, goed luisteren, informeren en uitleg over de verleende zorg
- ✓ Bij aanwezigheid van spirituele/religieuze/culturele behoeften, schakel indien gewenst een (leken)aalmoezenier/pastor in
- ✓ De religieuze, spirituele en/of culturele gebruiken van de patiënt kunnen voor de artsen en verpleegkundigen vreemd zijn, maar normaal voor de naasten van de patiënt
- ✓ Luister naar en erken angsten en zorgen
- ✓ Geef de gelegenheid om herinneringen op te halen
- ✓ Zorg voor de naasten door kleine attenties (glas water, kop thee of koffie...)
- ✓ Vraag expliciet aan naaste(n) of er bepaalde noden/behoefte zijn: Vb. “Dit is ook een ingrijpende periode voor jullie. Hoe gaat het met jullie? Hebben jullie nog vragen of hebben jullie iets nodig?”

Aandachtspunt q Zorgverleners zijn in staat de noodzakelijke zorg te verlenen

- ✓ Voorhanden zijn van voldoende materialen en zorgverleners
- ✓ Ruimte en tijd voor zorgverleners om over hun beleving te praten/hart te luchten
- ✓ Duidelijke communicatie

Aandachtspunt r De patiënt en/of naaste is geïnformeerd over de toestand van de patiënt

Aandachtspunt s De patiënt en/of naaste is geïnformeerd over een eventuele verandering in het zorgplan (**vb. opstart morfine**)

Aandachtspunt t De patiënt en/of de naaste is geïnformeerd over zorg die niet meer wordt toegediend (vb. vocht/voeding)

- ✓ Communiceren naar naasten dat ‘niets doen’ of ‘bepaalde zorg niet meer toedienen’ ook een vorm is van goede zorg
- ✓ Meermaals herhalen waarom bepaalde handelingen vanuit deze optiek niet meer gesteld worden (vb. geen bloeddruk meten, stoppen met vocht of voeding)

g. Pagina 8: Rapportage ‘Nee’ bij deel 2

- ✓ Vermeld op dit blad alle aandachtspunten waarvoor in de continue beoordeling van de zorg ‘N’ is ingevuld
- ✓ Kolom 1: het nummer van het betreffende aandachtspunt en waarom men ‘N’ heeft ingevuld (redenen/oorzaak)
- ✓ Kolom 2: eventueel ondernomen acties
- ✓ Indien is besloten om geen actie te ondernemen, moet ook dit in kolom 2 vermeld worden.
- ✓ Een uitgebreidere toelichting bij de informatie in kolom 2 kan onder Multidisciplinaire beoordeling worden genoteerd. Maak dan een duidelijke verwijzing naar het betreffende aandachtspunt.

h. Pagina 9: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 2

- ✓ Onder Multidisciplinaire **beoordeling** kan alle belangrijke informatie worden meegedeeld die niet is opgenomen in de algemene beoordeling bij de start van de zorgleideraad

DEEL 3



Zorg na het overlijden

i. Pagina 10

Vaststellen van het overlijden

Vele naasten appreciëren het wanneer zorgverleners hen vertellen wat de specifieke doodsoorzaak is en hoe de allerlaatste fase verlopen is. Voor hen is het fijn te weten hoe de patiënt is overleden. Zo hebben zij een beeld van de laatste momenten van de overledene. Onvolledige beschrijvingen kunnen leiden tot onnodige ruis in de communicatie en roepen vaak vragen op.

Waardigheid van de laatste zorg

Aandachtspunt 10 De zorg na het overlijden is verleend volgens het ziekenhuisbeleid

- ✓ De patiënt is met waardigheid en respect verzorgd
- ✓ Er dient bij de zorg na het overlijden ook rekening gehouden te worden met de specifieke verwachtingen van de patiënt en naaste(n). Ga na of er voldaan is aan spirituele/religieuze/culturele behoeften
- ✓ De richtlijn van het ziekenhuis m.b.t. het verwijderen van een interne defibrillator en m.b.t. de kostbaarheden en bezittingen van de patiënt zijn gevolgd
- ✓ Raadpleeg eventueel een checklist van het ziekenhuis of de afdeling

Informatie aan naasten

Aandachtspunt 11 De naasten weten welke stappen zij moeten ondernemen en hebben relevante schriftelijke informatie gekregen

- ✓ Het is belangrijk dat er in een gesprek met de naaste(n) duidelijk uitgelegd wordt wat de volgende stappen zijn
- ✓ De folder over rouwverwerking geeft informatie die behulpzaam kan zijn bij het verwerkingsproces van de naasten. De folder geeft hen de gelegenheid om de informatie op een geschikt moment nog eens na te lezen
- ✓ De verpleegkundige kiest een passend moment om naasten in een kort gesprek iets te vertellen over de verwerking van het verlies. De informatie kan aan de naaste(n) worden meegegeven in de periode tussen het overlijden van de patiënt en het overbrengen van de overleden patiënt naar het mortuarium, of bij het afronden van de zorg in een nagesprek
- ✓ De verpleegkundige bespreekt met naaste(n) de gang van zaken van de instelling en de noodzaak tot contact met de begrafenisondernemer.
- ✓ De verpleegkundige bespreekt met naaste(n) de optie om een consultatie na het overlijden in te plannen met de geriater of hoofdverpleegkundige (een na(zorg)gesprek) in te plannen
- ✓ Naasten kunnen eventueel ook doorverwezen worden naar **het palliatief support team (bij vermoedens van complexe rouwverwerking)** of naar derden, afhankelijk van de vraag. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de huisarts
- ✓ De verpleegkundige verstrekt ook informatie betreffende de overlijdensakte en de kostbaarheden en bezittingen van de patiënt

- ✓ Eventueel kunnen wensen betreffende het afstaan van het lichaam aan de wetenschap besproken worden
- ✓ Indien van toepassing kan de verpleegkundige volgende zaken bespreken: het groeten van het lichaam, de behoeften aan een post-mortem onderzoek (autopsie), de noodzaak om hartapparaten te verwijderen (PM/ICD), de behoefte aan een gesprek met de lijkschouwer

Informatie aan belangrijke anderen

Aandachtspunt 12.1 De huisarts(praktijk) is op de hoogte van het overlijden van de patiënt

Aandachtspunt 12.2 Het overlijden van de patiënt is aan de juiste diensten binnen en buiten het ziekenhuis bekend gemaakt

- ✓ Denk aan rusthuizen, familiehelp, thuisverpleging, etc.
- ✓ Denk aan het annuleren van geplande onderzoeken

j. Pagina 10: Rapportage 'Nee' bij deel 3

- ✓ Vermeld op dit blad alle aandachtspunten waarvoor in de zorg na het overlijden 'nee' is aangekruist
- ✓ Kolom 1: het nummer van het betreffende aandachtspunt en waarom 'nee' werd aangekruist (de redenen/oorzaak)
- ✓ Kolom 2: eventueel ondernomen acties
- ✓ Indien is besloten om geen actie te ondernemen, moet ook dit in kolom 2 vermeld worden.
- ✓ Een uitgebreidere toelichting bij de informatie in kolom 2 kan onder **Multidisciplinaire beoordeling** worden genoteerd. Maak dan een duidelijke verwijzing naar het betreffende aandachtspunt

k. Pagina 10: Multidisciplinaire beoordeling bij deel 3

- ✓ Als men bij een aandachtspunt uit deel 3 'nee' heeft aangekruist en men later een 'ja' wil noteren, dan kan men dit rapporteren onder Multidisciplinaire beoordeling
- ✓ Onder Multidisciplinaire beoordeling kan ook alle belangrijke informatie worden meegedeeld die niet is opgenomen in het derde deel van de zorgleidraad, m.a.w. belangrijke informatie die niet aan bod komt in de aandachtspunten