

Programma PACE Steps to Success

**Stappen voor het bereiken van kwalitatief goede
palliatieve zorg in uw woonzorgcentrum**

Bijlagebundel

Instrumenten

Auteurs:

Sheila Payne, Katherine Froggatt, Elley Sowerby,
Danni Collingridge Moore, Jo Hockley, Marika Kylänen, Roeline Pasman,
Sophie Pautex, Katarzyna Szczerbińska, Nele Van Den Noortgate and Lieve
Van den Block

Publicatiedatum: 27 januari 2019



Overzicht van instrumenten gebruikt in het programma PACE Steps to Success

Programma stap	Instrument
Stap 1	Document 'Wensen over huidige en toekomstige zorg': om besprekingen over huidige en toekomstige zorg alsmede het levenseinde vast te leggen
Stap 2	Grafiek 'Veranderingen in de Conditie van een Bewoner'
Stap 3	Palliatief Zorg Register Samenvatting van multidisciplinaire palliatieve zorg bespreking
Stap 4	LTCF Pain Assessment and Management Tool – screeningsschalen voor pijn bij mensen met en zonder dementie
Stap 5	Beoordelingsinstrument voor de laatste levensdagen + Casus om zorgmedewerkers in woonzorgcentra te trainen
Stap 6	Reflectie document voor zorgmedewerkers Audit document

*Wensen over huidige en toekomstige zorg, **wilsbekwame** bewoner*

Naam van de bewoner:

Geboortedatum:

Naam van huisarts:

Familie lid die contactpersoon is

Naam:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

Is er een wettelijk vertegenwoordiger vastgesteld? Ja/nee

Indien ja, kunt u dan onderstaande gegevens invullen:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Heeft de bewoner persoonlijke wensen met betrekking tot het levenseinde op papier gezet?

Ja/nee

Indien ja, zitten hier de volgende wilsverklaringen bij?

- Behandelverbod, voor de volgende behandelingen:
- Volmacht
- Euthanasieverklaring
- "Niet reanimeren verklaring/penning"
- Levenswensverklaring (NPV)
- Andere wilsverklaring, namelijk:

Heeft u specifieke wensen voor de nabije toekomst?

Zo ja, is er iets dat we kunnen doen om hierbij te helpen?

.....

.....

.....

.....

In het geval van een geleidelijke achteruitgang in uw gezondheid, is er iets waar u zich zorgen over maakt, of wat u vreest dat er zal gebeuren?

.....
.....
.....
.....

Heeft u speciale wensen voor wanneer u het levenseinde nadert, waarvan u graag wilt dat wij ervan weten? Specifieke personen inlichten, specifieke verzorgingswensen

.....
.....
.....
.....

Heeft u een bepaald geloof dat belangrijk is voor u? Zou u graag willen dat bijvoorbeeld een priester/geestelijk verzorger op bezoek komt?

.....
.....
.....

Waar wilt u dat u verzorgd wordt aan het einde van uw leven?

.....
.....
.....
.....

Is er een specifiek religieus gebruik/ritueel waarvan u graag wilt dat het plaatsvindt na uw overlijden? Bijvoorbeeld: uitvaart details, begrafenis/crematie.

.....
.....
.....
.....

Overige besproken onderwerpen:

.....
.....
.....
.....

Zorgprofessional die de bespreking leidt:

Naam:

Functie:

Datum:

Schrijf a.u.b. op wie er aanwezig is bij de bespreking:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

*'Wensen over huidige en toekomstige zorg', **wilsonbekwame** bewoner*

Naam van de bewoner:

Geboortedatum:

Naam van huisarts:

Familielid die contactpersoon is

Naam:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

Is er een wettelijk vertegenwoordiger vastgesteld? Ja/nee

Indien ja, kunt u dan onderstaande gegevens invullen:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Heeft de bewoner persoonlijke wensen met betrekking tot het levenseinde op papier gezet?

Ja/nee

Indien ja, zitten hier de volgende wilsverklaringen bij?

- Behandelverbod, voor de volgende behandelingen:
- Volmacht
- Euthanasieverklaring
- "Niet reanimeren verklaring/penning"
- Levenswensverklaring (NPV)
- Andere wilsverklaring, namelijk:

Heeft uw familielid specifieke wensen voor de nabije toekomst?

Zo ja, is er iets dat we kunnen doen om hierbij te helpen?

.....

.....

.....

.....

In het geval van een geleidelijke achteruitgang in gezondheid, is er iets waar uw familielid zich zorgen over maakt, of wat uw familielid vreest dat er zal gebeuren?

.....
.....
.....
.....

Heeft uw familielid speciale wensen voor wanneer hij/zij het levenseinde nadert, waarvan hij/zij graag wilt dat wij ervan weten? Specifieke personen inlichten, specifieke verzorgingswensen?

.....
.....
.....
.....

Heeft u uw familielid een bepaald geloof dat belangrijk is voor hem/haar? Zou hij/zij graag willen dat bijvoorbeeld een priester/geestelijk verzorger op bezoek komt?

.....
.....
.....

Waar wilt uw familielid verzorgd worden aan het einde van zijn/haar leven?

.....
.....
.....
.....

Is er een specifiek religieus gebruik/ritueel waarvan uw familielid graag wilt dat het plaatsvindt na zijn/haar overlijden? Bijvoorbeeld: uitvaart details, begrafenis/crematie.

.....
.....
.....
.....

Overige besproken onderwerpen:

.....
.....
.....
.....

Zorgprofessional die de bespreking leidt:

Naam:

Functie:

Datum:

Schrijf a.u.b. op wie er aanwezig is bij de bespreking:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

Naam:

Relatie met bewoner:

Begrippen:

Wettelijk vertegenwoordiger: Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die voor een patiënt/cliënt mag optreden en beslissen. De vertegenwoordiger moet hierbij wel de patiënt/cliënt zo veel mogelijk betrekken.

Wilsverklaring: Schriftelijke verklaring waarin iemand kan aangeven wat hij wil wat betreft medische behandelingen in de toekomst, voor het geval hij niet meer in staat is hierover beslissingen te nemen

Maandelijkse grafiek 'Veranderingen in de Conditie van een Bewoner'

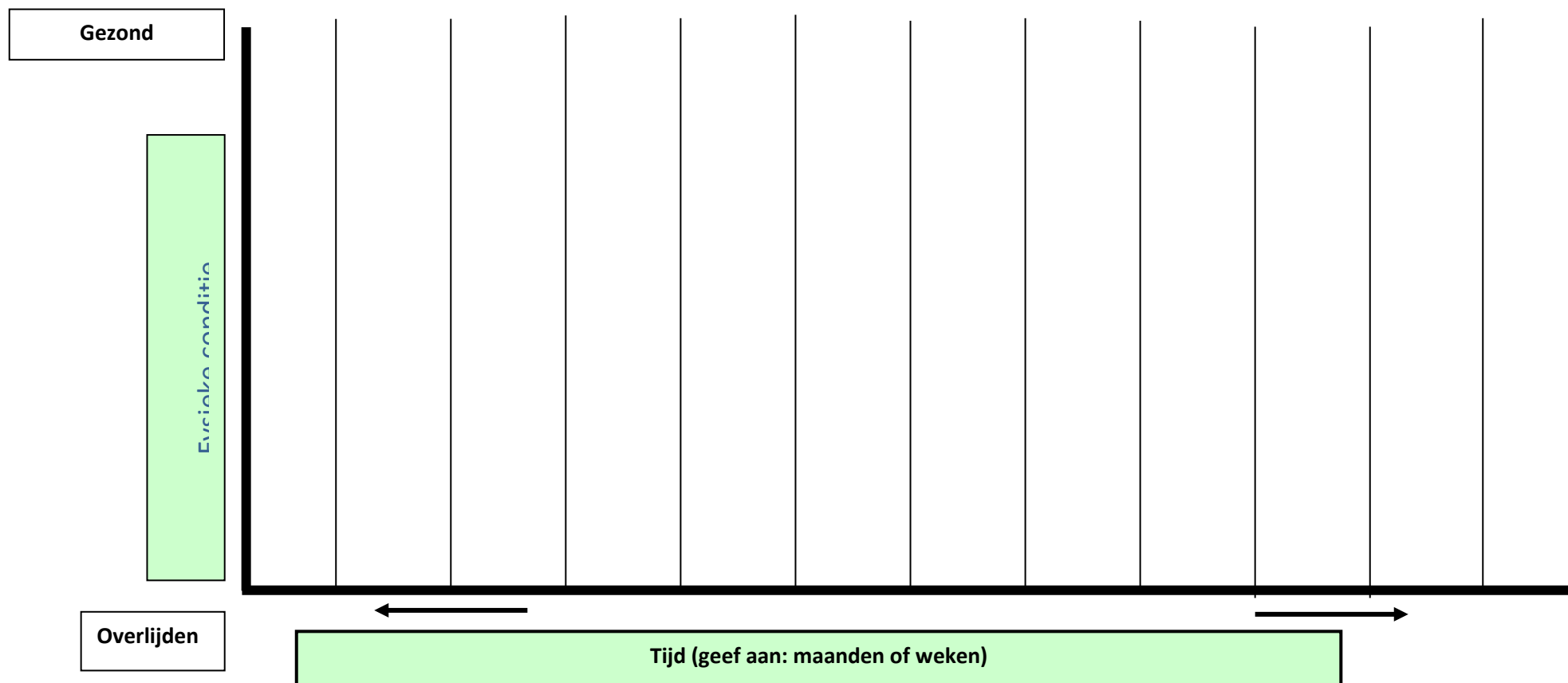
(aangepast vanuit Macmillan 2004 – Foundations in Palliative Care)

Naam van bewoner:

Begin datum:

Hoofd diagnose:

Gebruik deze grafiek tijdens de multidisciplinaire besprekingen om veranderingen in de fysieke conditie van een bewoner aan te geven



(Copyright; Hockley et al., St Christopher's Hospice)

Palliatief zorg register – voor maandelijkse multidisciplinaire bespreking

Naam van bewoner			
Leeftijd bewoner			
Datum van opname			
Diagnose(n)			
Verwachte levensduur			
Huisarts			
Betrokken (para)medici			
Is een wilsverklaring opgesteld? Zo ja, welke wilsverklaring + datum			
Datum waarop voor het eerst wensen over toekomstige zorg zijn besproken			
Problemen/zorgen			
Beoordelingen			
Communicatie met bewoner/familie			
Specialistische palliatieve zorg/Hospice			
Datum waarop informatie over zorg rond het levenseinde is opgenomen in het zorgplan			
Voorkeur voor plaats van levenseindezorg en overlijden (+ datum waarop dit is besproken)			
Datum waarop is gestart met beoordelingsinstrument voor de laatste levensdagen [of vergelijkbare documentatie]			
Werkelijke plaats van overlijden + datum			
Specifieke zorg rond het overlijden nodig voor naaste Ja of Nee			

SAMENVATTING van maandelijkse multidisciplinaire palliatieve zorg bespreking met gebruik van Palliatief Zorg Register*

Afdeling/woonzorgcentrum:

Totale aantal bewoners die besproken moeten worden:

Naam van aanwezige huisarts/specialist ouderengeneeskunde:

Datum:

Namen van aanwezige medewerkers:

Aantal besproken bewoners	
Aantal bewoners waarvan document 'Wensen over Huidige en Toekomstige Zorg' nog moet worden ingevuld	
Aantal bewoners met problemen die besproken zijn	

ACTIE PUNTEN voor specifieke bewoners met problemen:

Naam bewoner	Actie die ondernomen moet worden, door wie en voor wanneer	Uitkomst

***Samenvatting moet naar de huisarts worden gestuurd wanneer deze niet aanwezig is bij de bespreking.**

Naam bewoner	Actie die ondernomen moet worden, door wie en voor wanneer	Uitkomst

LCTF pain assessment/management chart: screeningschaal voor pijn bij mensen zonder dementie

Moet voor alle bewoners worden ingevuld: bij opname als de bewoner pijnstillers neemt; als een bewoner pijn lijkt te hebben; en altijd tijdens de zes-maandelijkse zorg bespreking

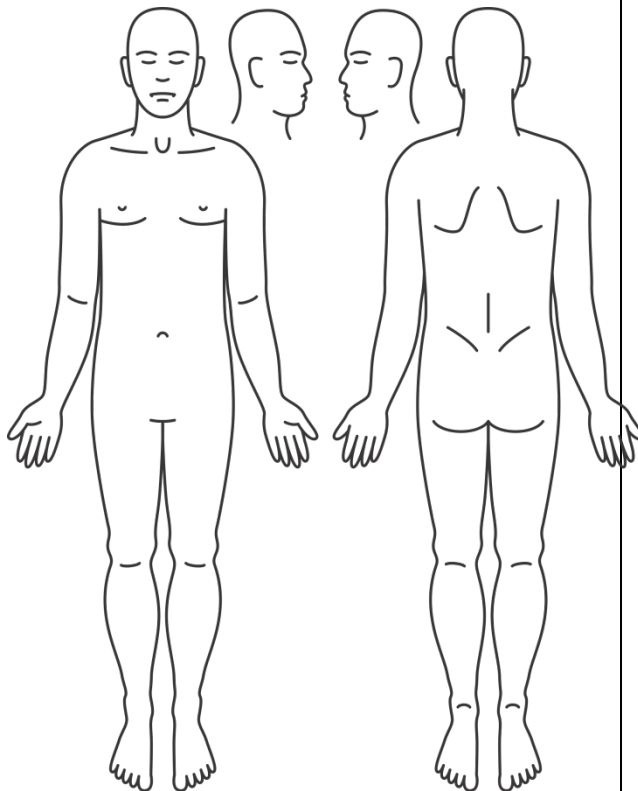
Naam van woonzorgcentrum

Naam van bewoner

Datum van opname

Datum van eerste beoordeling

Huidige medicatie die wordt genomen door bewoner



Pijn intensiteit schaal

Als 0 geen pijn betekent en 10 de ergste pijn die u ooit heeft gehad, welke score op een schaal van 10 geeft u dan nu aan de pijn die u heeft?

- 10 De ergste pijn die u ooit heeft gehad
- 9
- 8 Ontzettend erge pijn
- 7
- 6 Erge pijn
- 5
- 4 Matige pijn
- 3
- 2 Lichte pijn
- 1
- 0 Geen pijn

1 Op welke plek of plekken heeft u de ergste pijn? Markeer de plek van de pijn a.u.b. op het plaatje hierboven▲

2 Hoe erg is de pijn op de intensiteit schaal? Kruis a.u.b. het relevante hokje aan in de pijn intensiteit schaal hierboven▲

3 Hoe lang heeft u al last van de pijn?

4 Is er iets dat de pijn verergert?

5 Is er iets dat de pijn verlicht?

Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) - screeningschaal voor pijn bij mensen met dementie

Gebruik deze beoordelingstabel wanneer iemand niet in staat is om nauwkeurig zijn pijn te beschrijven <i>Aangepast van Warden Hurley & Volicer (2003)</i>				
Items	0	1	2	Score
Ademhaling (onafhankelijk van vocalisatie)	Normaal	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes ademhaling.	
Onrustgeluiden (negatieve geluiden)	Geen	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk onrustig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtsuitdrukking	Glimlachend of nietszeggend (neutraal, ontspannen)	Droevig. Angstig. Fronsens.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen	Gespannen. Overstuur op en neer lopen, ijsberen. Zenuwachtig bewegen.	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk om te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
TOTAAL				
De totale score gaat van 0 tot 10 (gebaseerd op een schaal van 0 tot 2 voor vijf items), waarbij een hogere score meer pijn aangeeft. (0 = 'geen pijn' tot 10 = 'ernstige pijn'). Een totale score van 2 of meer geeft aan dat iemand pijn heeft en dat er actie moet worden ondernomen.				
NB Wanneer je de pijn hebt gescoord, zorg dan dat je de benodigde behandeling ervan vastlegt op de volgende pagina				

Definities van enkele bovenstaande items:

Ademhaling: Incidentele moeizame ademhaling - sporadische uitingen van krassend, moeizaam of vermoeid ademen; Korte periode van hyperventilatie - intervallen van snelle, diepe ademhaling die korte tijd aanhouden; Luidruchtige moeizame ademhaling - afwijkend geluid bij het in- of uitademen, dit kan bestaan uit een luid, gorgelend hijgen; Lange periode van hyperventilatie - uitzonderlijk hoge frequentie en diepte van ademhalingen die geruime tijd aanhouden; Cheyne-Stokes-ademhaling - ritmisch toenemen en afnemen van de ademhaling, van zeer diepe naar zwakke ademtochten met perioden van apnoe (ademstilstand).

Onrustgeluiden, (negatieve geluiden): Incidenteel kreunen of kermen - klagende of brommende geluiden, jammeren of weeklagen. Kermen wordt gekenmerkt door luidere, onduidelijke onopzettelijke geluiden, die vaak abrupt beginnen en eindigen; Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon - mompelen, murmelen, dreinen, mopperen of vloeken met zachte stem, met een klagende, sarcastische of bijtende ondertoon; Herhaaldelijk angstig uitroepen - zinsdelen of woorden die keer op keer worden herhaald, op een toon waaruit angst, onzekerheid of zorg spreekt; Luid kreunen of kermen - klagende of brommende geluiden, jammeren of weeklagen op een veel luider niveau dan normaal, onduidelijke onopzettelijke geluiden, die vaak abrupt beginnen en eindigen; Huilen - uiting van emotie die gepaard gaat met tranen. Er kan ook sprake zijn van snikken of zacht huilen.

Gezichtsuitdrukking: Droevig - ongelukkige, eenzame, treurige of terneergeslagen blik; Bang - blik van angst, schrik of verhoogde ongerustheid, de ogen staan wijd open; Fronsen - omlaag gerichte mondhoeken, meer gezichtsrimpels op het voorhoofd en rond de mond; Grimas - verwrongen, bevroese blik, voorhoofd en rond de mond is sterker gerimpeld, ogen kunnen dichtgeknepen zijn.

Troostbaarheid: kan worden afgeleid of gerustgesteld

Pijn herbeoordeling

Naam van bewoner
Naam van woonzorgcentrum
Bewoner moet <input type="checkbox"/> dagelijks <input type="checkbox"/> wekelijks <input type="checkbox"/> maandelijks worden beoordeeld (kruis a.u.b. het relevante hokje aan)
Huidige medicatie die door bewoner wordt genomen

PIJN INTENSITEIT VRAAG Als 0 geen pijn betekent en 10 de ergste pijn die u ooit in uw leven heeft gehad, welke score op een schaal van 10 zou u dan nu aan de pijn geven?

Datum	Tijd	Pijn intensiteit 1-10	PAINAD score	Behandeling/ Actie die is ondernomen	Datum waarop voor het laatst ontlasting is geweest	Handtekening en datum/tijd van de beoordeling	Uitkomst

Beoordelingsinstrument voor de laatste levensdagen en het stervensproces

Woonzorgcentrum:

Datum:

Naam van bewoner:

Verantwoordelijke verpleegkundige:

	Datum waarop dit heeft plaatsgevonden
<p>1. Team bespreekt/herkent dat de bewoner nu waarschijnlijk stervende is. De volgende dingen kunnen gezien worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terugkerende infecties • Gewichtsverlies • Verlies van interesse in het leven • Overdag wordt meer tijd slapend doorgebracht dan wakker • Verminderde voedsel/vocht inname <p>Eventuele behandelingen worden overwogen en niet geschikt bevonden</p>	
<p>2. Verpleegkundigen/verzorgenden en/of de huisarts praten met de familie/naasten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met overlijden in het vooruitzicht zijn waardigheid & comfort doelen van de zorg • Bespreek een niet-reanimeren verklaring 	
<p>3. Medicatie die waarschijnlijk nodig is voor symptomen tijdens de laatste levensdagen is voorgeschreven en verkrijgbaar in de instelling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschikte medicatie (subcutaan of zetpillen) tegen angst, slijm in de luchtwegen, en/of pijn zijn voorgeschreven • Alle onnodige medicatie wordt stopgezet 	
	Zorg die wordt verleend [leg dit gedetailleerd vast in het zorgplan]
<p>4. Hydratie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewoner wordt aangemoedigd om vocht, ijs, pudding oraal in te nemen zo mogelijk (in geval van aspiratie, overweeg geschaafd ijs in een gaas om op te zuigen of mondbevochtiging met een schone plantenspuit) • Reguliere mond zorg – betrek zo nodig de familie erbij • In zeldzame gevallen kan subcutane vochttoediening nodig zijn na overleg met de huisarts/palliatief zorg team 	
<p>5. Reguliere zorg wordt elke 2 uur verleend zodat bewoner zo comfortabel mogelijk is. Check of er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rusteloosheid • Pijn • Ademhalingsproblemen • Decubitus (denk aan AD matras en wisselen van houding) • Andere symptomen, nl.... 	

	Zorg die wordt verleend [leg dit gedetailleerd vast in het zorgplan]
<p>6. Spirituele behoeften worden vervuld aansluitend bij de behoeften/ het geloof van de bewoner. Bijv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Christen – priester/kapelaan wordt gevraagd te komen, vooral wanneer de bewoner in het verleden naar de kerk ging • Moslim – over het algemeen is de familie erg betrokken & wensen ze een begrafenis binnen 24 uur na het overlijden • Jood – over het algemeen licht de familie de rabbi in – speciale aandacht voor de laatste eer bewijzen aan het lichaam 	
<p>7. Psychosociale spirituele steun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewoner –zintuiglijke input (muziek, geuren, aanraking, voorlezen), en ook: <ul style="list-style-type: none"> • Stem met naasten af wie bij de bewoner aanwezig blijft tijdens de laatste fase van het sterven, zodat deze niet ongewenst alleen is. • Praat tegen de bewoner, bijv. bij het draaien en de verzorging. Het gehoor blijft actief tot het moment van overlijden. • Veel bewoners die zich ervan bewust zijn dat ze sterven, gebruiken symbolische taal. Zie details in het zorg plan. Wees niet bang om te praten over sterven wanneer ze hier een opmerking over maken. • Familie – continue communicatie over het stervensproces <ul style="list-style-type: none"> • Bereid hen erop voor om aanwezig te zijn tijdens het overlijden 	
<p>8. Na het overlijden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steun de familie/naaste • Stel de huisarts op de hoogte • Communiceer het overlijden met alle medewerkers en andere bewoners • Organiseer een dag/moment voor een reflectieve bijeenkomst van het team 	

Stervensproces

Herken het sterven – bewoner heeft misschien week/weken te leven:

- *Is een groter deel van de dag aan het slapen dan dat hij/zij wakker is*
- *Is niet langer geïnteresseerd in eten*
- *Drinkt onvoldoende*

Perifere shutdown – bewoner heeft misschien dag/dagen te leven:

- *Deels bij bewustzijn*
- *Spitse neuspunt*
- *Moeizame ademhaling*
- *Blauwe en koude extremiteiten / vlekken – iemand hoeft het zelf niet koud te hebben en kan rusteloos overkomen, wat vaak wordt veroorzaakt doordat ze het te warm hebben*
- *Reutelen – niet in staat zijn om slijm uit de luchtpijp op te hoesten*

REFLECTIE DOCUMENT VOOR ZORGMEDEWERKERS (Hockley 2014)

Initialen van bewoner :

Datum van reflectie:

Reflectie is het proces waarbij de klinische praktijk opnieuw kan worden beoordeeld om de ontwikkeling van kritisch denken te bevorderen en om te leren hoe de praktijk beter kan. Dit proces gaat door bij elke reflectieve bijeenkomst en moet gezien worden als een hulpmiddel om te blijven leren, niet als een eenmalig proces.

1. Omschrijf de persoon/gebeurtenis.

Moedig alle zorgmedewerkers aan om herinneringen op te halen over de persoon/gebeurtenis (doe dit niet langer dan vijf minuten), bijvoorbeeld:

Persoon: Hoe was diegene, wat vond hij/zij leuk om te doen? Had hij/zij familie? Wie was belangrijk voor hem/haar? Wat vond hij/zij leuk of niet leuk? Was hij/zij humoristisch/serieus/verdrietig/boos? Wat was zijn/haar perspectief over wat er ging gebeuren? Wat waren zijn/haar angsten?

Gebeurtenis: Wat is er gebeurd? Wie was erbij betrokken?

2. Wat gebeurde er in de aanloop naar het overlijden/de gebeurtenis?

Beschrijf wat verschillende mensen hebben gedaan/wat ze is overkomen, wat leidde tot het overlijden/gebeurtenis.

3. Hoe vinden de zorgmedewerkers dat het is gegaan?

Wat ging er goed? Wat ging er niet zo goed? Wat vonden mensen ervan?

Zowel positieve als negatieve gevoelens zouden moeten worden beschreven en geuit aan een situatie. Je kunt gevoelens gebruiken om van een situatie te leren en hoewel het belangrijk is om eerlijk te zijn, is het ook belangrijk om gevoelens van anderen te respecteren.

Bekijk de beslissingen die zijn genomen – dit zal je helpen om te begrijpen wat er wel/niet gedaan had kunnen worden. Mening van anderen helpen hier ook bij. Denk eraan om te reflecteren op wat je hoopte dat er ging gebeuren en wat je had gepland, de originele doelstellingen. Bijv. in het geval van een sterfgeval in de instelling: Was het beoordelingsinstrument voor de laatste levensdagen gebruikt? Waren medicijnen aanwezig die je verwachtte nodig te hebben? Werden symptomen gecontroleerd? Werd de familie gesteund en geïnformeerd? Zijn spirituele behoeften aangekaart? Bevond degene zich op de plek van zijn keuze? Was er een beslissing genomen dat reanimatie niet gewenst was als het hart plotseling stopte? Was er een plan voor toekomstige zorg ingevuld?

4. Wat had er anders gedaan kunnen worden?

Je kunt voorkennis gebruiken om te bedenken wat er anders gedaan had kunnen worden. Om dit effectief te laten verlopen is het belangrijk om kritisch te kunnen denken in een veilige leeromgeving en mensen geen schuld toe te schuiven.

5. Wat moeten we aanpassen als resultaat van deze reflectie?

Je kunt belangrijke leerpunten opstellen evenals actieplannen die nodig zijn om het leerproces/passende zorg te verbeteren. Dit kan een kans zijn voor het (opnieuw) opstellen van een beleid; voor meer gesprekken met de huisarts/verpleegkundig specialist om ervoor te zorgen dat in de toekomst het besproken probleem niet nog eens optreedt; of het kan de behoefte aan een training weergeven. Het is van belang dat deze leerpunten niet alleen worden vastgelegd, maar dat er ook actie op ondernomen wordt.

Elke reflectie kan de praktijk beïnvloeden en moet niet alleen gebruikt worden als een leerpunt, maar moet ook worden gezien als het toepassen van 'good practice'. Reflectie is geen passief proces maar een actief, bewust proces waarvoor verbondenheid, energie en de wil om te leren als een team nodig zijn.

1. Beschrijving van een persoon of gebeurtenis

2. Wat gebeurde er in aanloop naar het overlijden?

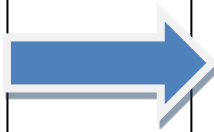
5. Wat moeten we veranderen als resultaat van deze reflectie?

3. Hoe vinden medewerkers dat het is gegaan?

a) Wat ging er goed?

b) Wat ging er minder goed?

4. Wat hadden we anders kunnen doen?



**AUDIT DATA die verzameld moeten worden uit de status, na het overlijden van een
bewoner in de instelling**

Woonzorgcentrum:

Initialen bewoner			
Geslacht M/V			
Leeftijd			
Datum van <u>opname</u>			
Datum van <u>overlijden</u>			
Diagnoses			
Is er een wilsverklaring opgesteld? Zo ja, vul in welke			
Is de bespreking over toekomstige zorg vastgelegd? Ja/Nee			
Is het beoordelingsinstrument voor de laatste levensdagen gebruikt Ja/Nee (Zo ja, welke datum)			
Aantal ziekenhuisopnamen tijdens de laatste levensmaand			
Plaats van overlijden: woonzorgcentrum/ziekenhuis/hospice Nb: indien recentelijk ontslagen uit ziekenhuis, specificeer dan aantal dagen voor overlijden			
Indien overleden in ziekenhuis vul dan in: Tijd van opname + wie deed verzoek tot opname			
Kort overzicht m.b.t. overlijden + type overlijden D, S, A, T¹			

Zie boven¹ D = dwindling (achteruitgang) – langzame achteruitgang met gewichtsverlies gedurende een aantal weken/maanden;

S = sudden (plotseling) (bijv. hartaanval aan de eettafel; of 's avonds dood in bed aangetroffen);

A = after 'acute' episode (na een acute gebeurtenis) – 'onverwacht overlijden' met achteruitgang gedurende een klein aantal dagen (bijv. uitbreiding van een beroerte; een femur fractuur; een pneumonie);

T = diagnosed terminal condition (gediagnosticeerd met terminale aandoening)– kanker, ziekte van Parkinson