

Model

Continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase

Zuid-Holland Noord

Datum:	26-09-17
Versienummer:	1.0

Model Continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase, Zuid-Holland Noord

Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doelstelling en kader Model continuïteitsbezoeken	3
1.3	Doelgroep en effecten continuïteitsbezoeken	4
2.	Aanpak continuïteitsbezoeken	5
2.1	Aanmelding van de patiënt	5
2.2	Vorbereiding eerste huisbezoek (binnen 1 week na ontslag)	5
2.3	Eerste huisbezoek (binnen 1 week na ontslag)	5
2.4	Rapportage en terugkoppeling	6
2.5	(Eventuele) vervolgspraken	6
3.	Kwaliteitscriteria	7
3.1	Kwaliteitscriteria voor (wijk)verpleegkundigen	7
3.2	Kwaliteitscriteria voor organisaties	7
4.	Bijlagen	9
4.1	Bijlage 1: Leidse gesprekshulp	9
4.2	Bijlage 2: Factsheet voor patiënten	9
4.3	Bijlage 3: Factsheet voor verwijzers	9
4.4	Bijlage 4: Rapportageformulier voor artsen/verwijzers	9

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor patiënten in de palliatieve fase is het van groot belang dat de continuïteit van zorg na het ontslag uit het ziekenhuis adequaat is geborgd. Deze groep patiënten heeft in veel gevallen (nog) niet altijd een lichamelijke zorgvraag, wel worden zij in de thuissituatie geconfronteerd met diverse, vaak ingrijpende, veranderingen en soms onverwachte beperkingen.

Ook zorgprofessionals constateren meer en meer dat patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte, in de thuissituatie worden geconfronteerd met verschillende praktische, lichamelijke en emotionele veranderingen. Dit geldt zowel voor de patiënt¹ als voor hun naasten waarbij zij doorgaans indringende vragen over ziekte en zorg ervaren. Deze praktijkervaringen worden door onderzoek ondersteund². Daarnaast komt met regelmaat voor dat wijkverpleging in de palliatieve fase (te) laat wordt ingezet, soms zelfs pas enkele dagen voor het overlijden, waardoor patiënten of hun naasten een periode zonder noodzakelijke zorg en ondersteuning ervaren.

Het niet tijdig signaleren en ondervangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, de voortgang van de ziekte en/of de palliatieve behandeling kan leiden tot situaties die vanuit oogpunt van kwaliteit van palliatieve zorg voor patiënt en naasten als onwenselijk worden ervaren.

Het netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Holland Noord heeft in dit kader de behoefte kenbaar gemaakt om tot een meer structurele aanpak te komen om de continuïteit van zorg in de palliatieve fase te waarborgen³. Het inzetten van de al beproefde methodiek van Continuïteitsbezoeken kan hier naar mening van de (palliatieve) zorgprofessionals in belangrijke mate aan bijdragen. Deze methodiek dient hierbij dan aan te sluiten op de actuele kwaliteitsstandaarden en op een eenduidige wijze voor de regio Zuid-Holland Noord (ZHN) te worden opgesteld. Het voorliggend Model continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase ZHN beoogt in deze behoefte te voorzien.

1.2 Doelstelling en kader Model Continuïteitsbezoeken

De doelstelling van het model Continuïteitsbezoeken is het bieden van een standaard aanpak voor (verpleegkundige) ondersteuning en continuïteit van zorg aan patiënten in de palliatieve fase in ZHN. Deze zorg is gericht op het structureel en tijdig signaleren en ondervangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, voortgang van de ziekte en/of de palliatieve behandeling.

De kern van de aanpak is dat vroegtijdig (binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis) contact is geweest tussen patiënt en (wijk)verpleegkundige om de behoeften van de patiënt in de palliatieve fase in kaart te brengen en eerste voorlichting over het vervolg te geven. Dit contact

¹ Voor de leesbaarheid wordt in deze richtlijn alleen gesproken over patiënten. Hiermee worden ook cliënten e.d. bedoeld.

² Docter, Dingemans & Willemse 2010, UPC & NPTN 2009, Visser 2006

³ Curadomi heeft hiertoe het initiatief genomen en het netwerk onderschreef het belang.

vindt plaats door middel van een huisbezoek, waarbij maximaal 4 huisbezoeken worden voorzien.

Het model Continuïteitsbezoeken Zuid-Holland Noord is gebaseerd op de volgende kaders en best practices:

- Continuïteitsbezoeken voor kankerpatiënten van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL);
- Continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase in het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden (2015).

1.3 Doelgroep en effecten Continuïteitsbezoeken

Doelgroep

De Continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase zijn bedoeld voor die patiënten die zich in de palliatieve fase van hun ziekte bevinden. Markering geschiedt door de surprise question: “zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?”

Effecten

Door het preventieve en informatieve karakter van de continuïteitsbezoeken kan de wijkverpleegkundige de patiënt beter begeleiden in het maken van keuzes omtrent behandeling, afscheid nemen en overlijden en op tijd anticiperen op het ontstaan van problemen of vragen met betrekking tot:

- vermoeidheid;
- pijn;
- verminderde mobiliteit;
- klachten in het denk- en waarnemingspatroon;
- overbelasting van de mantelzorg en
- vragen van spirituele aard.

Ook werkt een vroegtijdig contact met de thuiszorg drempelverlagend: de patiënt weet wat de thuiszorg te bieden heeft en hoe hij deze hulp kan inschakelen, mocht dat per direct of in de toekomst nodig zijn (passende zorg).

2. Werkwijze Continuïteitsbezoeken

De werkwijze van Continuïteitsbezoeken is beschreven in vijf stappen:

1. Aanmelding van de patiënt;
2. Voorbereiding eerste huisbezoek;
3. Eerste huisbezoek;
4. Rapportage en terugkoppeling;
5. (eventuele) vervolgspraken.

In onderstaande paragrafen worden de vijf stappen in het Model Continuïteitsbezoeken nader uitgewerkt:

2.1 Aanmelding van de patiënt

Patiënten worden door het ziekenhuis (een Verpleegkundig Specialist, een verpleegkundige op de poli of afdeling van het ziekenhuis, een transferverpleegkundige of de specialist) of door de huisarts geïnformeerd over de mogelijkheid van een huisbezoek in de palliatieve fase.

De patiënt ontvangt hierbij een folder (zie bijlage 2) waarin staat beschreven wat patiënten en naasten kunnen verwachten van het continuïteitsbezoek en welke zorgorganisaties deze kunnen leveren. Indien de patiënt hiervoor toestemming geeft wordt de patiënt bij de zorgorganisatie aangemeld voor continuïteitsbezoeken. De patiënt kan ook zelf contact met de zorgorganisatie opnemen.

2.2 Voorbereiding eerste huisbezoek (binnen 1 week na ontslag)

De (wijk)verpleegkundige van de zorgorganisatie neemt binnen één week na ontslag van de patiënt contact op met de huisarts om te informeren of een huisbezoek gewenst is en of er aspecten zijn waar zij rekening mee dient te houden; medisch, psychisch of sociaal. De verpleegkundige is hierdoor zo optimaal mogelijk geïnformeerd over de situatie van de patiënt.

2.3 Eerste huisbezoek (binnen 1 week na ontslag)

In het eerste huisbezoek, dat plaats dient te vinden binnen één week na ontslag, zal de (wijk)verpleegkundige kennismaken met de patiënt en de naasten, de behoeften van de patiënt en zijn naasten inventariseren, ingaan op vragen en, indien gewenst, hen informeren over passende zorg en ondersteuningsmogelijkheden in de regio.

In het huisbezoek zal de (wijk)verpleegkundige specifiek aandacht hebben voor de behoeften van de patiënt en hun naasten vanuit de vier dimensies van palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel.

Hulpmiddelen / tools eerste huisbezoek:

De (wijk)verpleegkundige kan bij het eerste huisbezoek gebruik maken van onder andere de volgende instrumenten en hulpmiddelen:

- Leidse gesprekshulp (bijlage 1);
- Voorlichting over de mogelijke inzet van vrijwilligers voor patiënten in deze fase;
- Mogelijke meetinstrumenten en vragenlijsten die (een aspect van) kwaliteit van leven meten en geschikt zijn voor toepassing in de palliatieve zorg:
 - Het Utrecht Symptoom Dagboek [Utrecht Symptoom Dagboek](#);
 - De Lastmeter [Lastmeter](#);
 - De Ervaren Druk Door Informele Zorg – plus [Meetinstrument belasting EDIZ – plus met instructie.pdf](#).

2.4 Rapportage en terugkoppeling

Na het (eerste) huisbezoek rapporteert de (wijk)verpleegkundige de uitkomsten van het bezoek aan de verwijzer. De huisarts wordt in alle gevallen geïnformeerd. Voor beide rapportages geldt dat de patiënt hiermee moet instemmen.

Rapportage c.q. terugkoppeling vindt schriftelijk (en eventueel) mondeling plaats, bij voorkeur per beveiligde email (secure mail). Eventueel kan gebruik worden gemaakt van een standaard rapportageformulier (bijlage 4).

Over de volgende onderwerpen wordt tenminste gerapporteerd:

- NAW-gegevens /BSN
- Datum huisbezoek
- Uitkomsten met betrekking tot de vier dimensies van palliatieve zorg
- Gemaakte afspraken
- Een ingepland evaluatiemoment (indien van toepassing).

2.5 (Eventuele) vervolgspraken

Na het eerste huisbezoek beslissen patiënt en naaste(n) samen met de (wijk)verpleegkundige of een volgend bezoek wenselijk is en zo ja wanneer. Het doel van een eventuele vervolgspraak kan zijn: het monitoren van de situatie, verdere informatievoorziening en/of evaluatie van afspraken gemaakt in het eerste huisbezoek.

Het uiteindelijke aantal Continuïteitsbezoeken (maximaal 4, in de praktijk vaak 1 à 2 bezoeken) zal afhankelijk zijn van het ziekteverloop en de specifieke behoefte van de patiënt en zijn naaste(n).

3. Kwaliteitscriteria

3.1 Kwaliteitscriteria voor (wijk)verpleegkundigen

(Wijk)verpleegkundigen die worden ingezet bij Continuïteitsbezoeken worden geacht de volgende rollen goed te kunnen vervullen:

- a. De verpleegkundige is een vraagbaak en gesprekspartner voor de palliatieve patiënt en zijn naaste(n);
- b. De verpleegkundige kijkt op gestructureerde wijze naar signalen van (dreigende) zorgproblemen, symptomen en belasting;
- c. De verpleegkundige fungeert (i.o.m. de huisarts) als de centrale zorgverlener.

Aanvullend op de geschiktheid in bovenstaande rollen zijn de volgende kwaliteitscriteria voor de (wijk) verpleegkundigen in verschillende normenkaders vastgelegd:

- (Wijk)verpleegkundigen die Continuïteitsbezoeken uitvoeren dienen te voldoen aan de kwalificaties zoals verwoord in het Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (V&VN), juli 2014
- (Wijk)verpleegkundigen die Continuïteitsbezoeken uitvoeren hebben bij voorkeur aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Uitgaande van de competenties in het Beroepsprofiel voor de verpleegkundige palliatieve zorg (V&VN PV) gaat het bij Continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase om specialistische zorg waarvoor niveau 5 is vereist of niveau 4 met aantoonbaar aanvullende competenties op het gebied van palliatieve zorg.

NB: 2017 en 2018 gelden als overgangsjaren waarbij organisaties de mogelijkheid hebben om van deze voorwaarden af te wijken, mits zij een plan van aanpak hebben hoe zij eind 2018 wel aan de gevraagde deskundigheidsniveaus denken te voldoen.

3.2 Kwaliteitscriteria voor organisaties

Zorgorganisaties, die Continuïteitsbezoeken willen uitvoeren in de palliatieve fase (zie ook de factsheet), dienen te voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

- De organisatie is aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg <http://www.transmuralis.nl/palliatieve-zorg/palliatieve-zorg-betrokken-organisaties>
- De organisatie beschikt over een eigen specialistisch team Palliatieve Zorg en / of maakt aantoonbaar gebruik van de expertise van andere organisaties of van de consultatievoorzieningen voor palliatieve zorg in de regio;
- De organisatie heeft deskundige (wijk)verpleegkundigen om de continuïteitsbezoeken uit te voeren;

- De organisatie volgt de procedure voor aanmelding en terugkoppeling;
- De organisatie geeft de desbetreffende (wijk)verpleegkundigen voldoende tijd voor voorbereiding, uitvoering en afronding van de continuïteitsbezoeken in de palliatieve fase;
- De organisatie verleent de mogelijkheid tot maximaal vier Continuïteitsbezoeken voor palliatieve patiënten;

Daarbij is het van belang dat de organisatie transmurale samenwerking in de regio stimuleert.

4. Bijlagen

- 4.1 Bijlage 1: Leidse gesprekshulp
- 4.2 Bijlage 2: Factsheet voor patiënten
- 4.3 Bijlage 3: Factsheet voor verwijzers
- 4.4 Bijlage 4: Rapportageformulier voor artsen/verwijzers