

A photograph of an elderly woman with short, curly white hair and blue eyes, sitting at a dining table in a well-lit room. She is wearing a light-colored patterned cardigan over a white top. The table in front of her has a light green tablecloth and is set with a plate of spaghetti and vegetables, a white bowl, and silverware. Other people are visible in the background, seated at tables, suggesting a communal dining area in a care home.

Leidraad voor
implementatie van
palliatieve zorg
in woonzorgcentra

Woord vooraf

Als koepelorganisatie ijvert de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen samen met de netwerken palliatieve zorg en de voorzieningen voor een kwaliteitsvolle palliatieve zorg in Vlaanderen. Belangrijk daarbij is dat deze zorg voor iedereen toegankelijk is. In de schoot van de Federatie ontwikkelde de werkgroep ROB-RVT¹ deze *'Leidraad voor implementatie van palliatieve zorg in woonzorgcentra'*.

Wilt u in uw voorziening een beleid rond palliatieve zorg ontwikkelen en implementeren? Dan vindt u in deze leidraad een aantal praktische handvatten die u daarbij kunnen helpen.

Na een omschrijving van de term *'palliatieve zorg'* worden voor elke discipline en functie de respectieve verantwoordelijkheden en bevoegdheden op een rijtje gezet. Daarna volgen de criteria die het opstarten van palliatieve zorg tot een verantwoorde beslissing maken. U wordt vervolgens op weg geholpen bij het samenstellen van een palliatief zorgdossier, met een aantal verhelderende voorbeelden uit de praktijk. We schetsen een beeld van de dagelijkse palliatieve zorgplanning voor de bewoner, de zorg voor familie, medebewoners en medewerkers en schenken ten slotte aandacht aan de periode na het overlijden van de bewoner.

Het was niet onze bedoeling om in deze leidraad een juridisch kader te schetsen. De brochure is evenmin opgevat als een middel tot controle of inspectie.

Wij wensen u veel succes met de uitbouw van een palliatieve zorgcultuur in uw woonzorgcentrum.

Oktober 2010

Kurt Stabel

Voorzitter *'Werkgroep ROB-RVT'*

Paul Vanden Berghe

Directeur Federatie Palliatieve
Zorg Vlaanderen

Heeft u vragen of opmerkingen bij deze Leidraad? Stuur ze naar de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (info@palliatief.be) of uw plaatselijk netwerk palliatieve zorg. De contactgegevens van de netwerken vindt u achteraan in de brochure. Ook voor andere publicaties van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen kunt u bij voorkeur terecht bij uw netwerk, of anders op de websites www.palliatief.be en www.delaatsteis.be, of op het nummer 02 456 82 00.

Andere publicaties

Ook de laatste reis wil je samen bespreken. Over vroegtijdige planning van je zorg. (2010)

Brochure voor de bevolking.

Het levenseinde teruggeven aan de mensen.

Over vroegtijdige planning van de zorg. (2009)

Brochure voor de hulpverleners.

Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en leven (2008)

Invulformulier.

Medisch begeleid sterven: een begrippenkader (2008)

Terminologisch overzicht.

Niet te jong voor verlies. Kinderen en jongeren betrekken bij palliatieve zorg. (2008)

Brochure voor de ouders en hulpverleners.

Iemand is niet meer. Verlies en rouw binnen palliatieve zorg. (2010)

Brochure voor familieleden van een overleden (palliatieve) patiënt.

Palliatieve Zorg. Leidraad pijn- en symptoomcontrole. (2004)

Medische handleiding voor hulpverleners – niet meer verkrijgbaar

⁽¹⁾ rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen

Inhoudstafel

I. ALGEMEEN	6
Doel van deze leidraad	6
Omschrijving palliatieve zorg	6
Palliatief aanbod bij euthanasie	6
II. VOORWAARDEN VOOR EEN GOED PALLIATIEF BELEID	7
Documenten en hulpmiddelen voor de implementatie van palliatieve zorg	7
Verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor verschillende disciplines en functies	7
De directie	7
De CRA (coördinerend en raadgevend arts)	7
De huisarts	8
De hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon	8
De betrokken medewerkers	8
Het palliatief team	9
III. OPSTARTEN VAN PALLIATIEVE ZORG VOOR EEN BEWONER	9
Criteria tot opstart van palliatieve zorg	9
Er wordt een onomkeerbare situatie vastgesteld	9
De curatieve behandeling wordt vervangen door een palliatieve zorgverlening	9
Er wordt een intensifiëren van de totaalzorg vastgesteld	9
Ondertekening van het document ' <i>opstart palliatieve zorg</i> '	10

Opstarten van palliatieve zorg bij een bewoner	10
Duiding van comfortzorg versus palliatieve zorg	10
Multidisciplinair zorgoverleg met betrekking tot de overgang van comfortzorg naar palliatieve zorg	10
Opstarten van een palliatief dossier	11

IV. DAGELIJKSE PALLIATIEVE ZORGPLANNING 12

Zorg voor de bewoner	12
Opstellen van een dagelijkse palliatieve zorgplanning	12
Uitvoeren van de dagelijkse palliatieve zorgplanning	13
Registreren van de dagelijkse palliatieve zorgplanning	13
Evaluatie en bijsturing van de dagelijkse palliatieve zorgplanning	13
Zorg voor de familie en naasten	14
Zorg voor de vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger en familie tijdens de palliatieve zorgsituatie	14
Zorg voor de medewerkers	14
Zorg voor de medewerkers tijdens de palliatieve zorgsituatie	14

V. ZORG NA HET OVERLIJDEN 15

Stappenplan bij het overlijden	15
Zorg voor het lichaam van de overleden bewoner	16
Administratie en praktische nazorg	17
Evaluatie van de geboden zorg	17

Contactgegevens Netwerken Palliatieve Zorg 18

I. ALGEMEEN

Doel van deze leidraad

Deze leidraad wil de professionele zorgverstrekkers in de Vlaamse woonzorgcentra ondersteunen bij het verwezenlijken van een goede planning, uitvoering, opvolging en evaluatie van palliatieve zorg in hun voorziening.

Omschrijving van palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een actieve totaalzorg voor mensen die aan een ziekte lijden die:

- ongeneeslijk
- progressief
- levensbedreigend op relatief korte termijn
- zonder mogelijkheid op herstel of stabilisering verloopt.

Deze totaalzorg steunt op de volgende pijlers:

- opvang van fysieke klachten
- aandacht voor psychologische en emotionele ondersteuning van de bewoner en zijn omgeving
- sociale begeleiding van de bewoner en zijn familie en naasten
- spirituele opvang met aandacht voor de diepere levensvragen van de bewoner en zijn familie en naasten.

Palliatief aanbod bij euthanasie

Ook aan bewoners met een verzoek tot uitvoering van euthanasie die strikt genomen niet onder de omschrijving en de criteria tot opstart van palliatieve zorg vallen wordt palliatieve zorg aangeboden. De visie van de instelling hierover wordt kenbaar gemaakt bij opname van de bewoner in de instelling. Ook de visie op euthanasie wordt kenbaar gemaakt bij die gelegenheid.

II. VOORWAARDEN VOOR EEN GOED PALLIATIEF BELEID

Documenten en hulpmiddelen voor de implementatie van palliatieve zorg

- het zorgdossier met het palliatief dossier als onderdeel
- uw documenten met beperking van behandelingen en/of bespreking van vroegtijdige zorgplanning
- het medisch dossier
- uw visietekst met betrekking tot palliatieve zorg
- uw visietekst met betrekking tot euthanasie
- het document '*Gegevens betreffende de palliatieve bewoner*' (RIZIV)
- andere...

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor verschillende disciplines

Verschillende disciplines en functies zijn verantwoordelijk en bevoegd voor de implementatie van palliatieve zorg in de woonzorgcentra. Hierna komen opeenvolgend aan bod: de directie, de CRA (coördinerend en raadgevend arts), de huisarts, de hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon, de betrokken medewerkers en het palliatief team.

De directie

- Is verantwoordelijk voor het tot stand komen van een visie op palliatieve zorg. Dit gebeurt in principe in overleg met de hoofdverpleegkundige(n), de CRA en de leden van het palliatief team.
- Is verantwoordelijk voor het palliatief beleid van de voorziening.
- Is verantwoordelijk voor het doorsturen/rapporteren van de jaarlijkse registratiegegevens aan de bevoegde instanties.
- Is verantwoordelijk voor het aangaan van een functionele binding met een Sp-dienst palliatief en voor het afsluiten van een overeenkomst met het netwerk palliatieve zorg van de regio.

De CRA (coördinerend en raadgevend arts)

- Coördineert de medische aspecten van het palliatief beleid van de voorziening.
- Is bevoegd voor het informeren van huisartsen inzake het palliatief beleid in de voorziening.
- Is verantwoordelijk voor de nodige bijscholingsactiviteiten voor behandelende artsen.
- Werkt mee aan de opleiding van verzorgend, paramedisch en verpleegkundig personeel in verband met palliatieve zorg.

- Besteedt aandacht aan het palliatief beleid in de voorziening.
- Kan deelnemen aan het palliatief team.

De huisarts

- Is verantwoordelijk voor de vaststelling van de wettelijke criteria voor het opstarten van palliatieve zorg door middel van ondertekening van de RIZIV-rapportering in een multidisciplinair zorgoverleg (palliatief statuut bewoner).
- Is verantwoordelijk voor het informeren en ondersteunen van de bewoner en diens familie in een gesprek rond het opstarten van palliatieve zorg. Dit gesprek vindt al dan niet plaats in aanwezigheid van de hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon.
- Is verantwoordelijk voor het informeren van de hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon van de betrokken afdeling.
- Is verantwoordelijk voor de medische behandeling en opvolging van de palliatieve bewoner.
- Verbindt er zich toe zo efficiënt mogelijk mee te werken aan de interne organisatie van de instelling omtrent de medische aspecten van palliatieve zorg.

De hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon

- Is mede bevoegd voor de opstart van palliatieve zorg.
- Is verantwoordelijk voor het informeren van het team over de opstart van palliatieve zorg bij een bewoner (overlegmomenten, zorgdossier, ...).
- Is bevoegd om de palliatieve bewoner en zijn familie en naasten te begeleiden bij het opstarten van de palliatieve zorg en gedurende het hele palliatieve verzorgingsproces en dit met de ondersteuning van het personeelsteam en de huisarts.
- Is verantwoordelijk, bij de opstart van palliatieve zorg, voor het aanmaken van de module '*palliatief dossier*' in het zorgdossier van de desbetreffende bewoner.
- Is bevoegd voor de registraties (palliatief deel van het RIZIV-forfait) van de palliatieve bewoners.
- Is verantwoordelijk voor het opstarten, en zo nodig bijsturen van een palliatief zorgplan in het zorgdossier bij een palliatieve bewoner.
- Is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit palliatief zorgplan door de medewerkers.
- Is verantwoordelijk voor het organiseren van een multidisciplinair palliatief zorgoverleg in samenspraak met de huisarts.
- Is mede verantwoordelijk voor de organisatie van interne opleiding inzake palliatieve zorg en volgt de nieuwe ontwikkelingen rond palliatieve zorg op de voet.

De betrokken medewerkers

- Zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de hun toegewezen opdrachten in het kader van palliatieve zorg.
- Zijn bevoegd om deel te nemen aan het multidisciplinair palliatief zorgoverleg.

Het palliatief team

De bevoegdheden van het palliatief team zijn niet van die aard dat ze volledig autonoom mogen worden uitgevoerd aangezien de verantwoordelijkheid ervoor bij de directie, hoofdverpleegkundige(n), CRA of huisartsen berust. Het palliatief team is bevoegd voor:

- het uitdenken van een palliatieve structuur (inclusief intentieverklaring, visietekst,...).
- het opvolgen en het evalueren van palliatieve begeleidingen.
- het delen van deskundigheid inzake palliatieve zorg (o.a. opstellen bijscholingstraject, actief verzorgen van bijscholingen,...).
- het ondersteunen van de hoofdverpleegkundige(n) en/of de palliatief referentiepersoon bij de realisatie van zijn/haar opdrachten met betrekking tot palliatieve zorg.
- het ondersteunen van medewerkers in het kader van zorg voor de zorgenden.
- het bewaken van de implementatie van de palliatieve zorg.
- het eventueel bieden van ondersteuning bij ethische vraagstukken rond palliatieve zorg, eventueel in samenwerking met de werkgroep ethiek van de voorziening of het ethisch comité.
- het uitwerken van protocollen rond palliatieve zorg.
- het uitbouwen van een goede samenwerking met externe actoren rond palliatieve zorg.
- het ondersteunen van het vrijwilligerswerk in palliatieve zorg.

III. OPSTARTEN VAN PALLIATIEVE ZORG BIJ EEN BEWONER

Criteria tot opstart palliatieve zorg

1. Er wordt een onomkeerbare situatie vastgesteld

- De bewoner lijdt aan een of meerdere irreversibele aandoeningen die lijden tot de dood binnen afzienbare termijn (gemiddelde levensverwachting op instellingsniveau minder dan 3 maanden).
- De evolutie van de bewoner verloopt ongunstig met een ernstige algemene aftakeling van de fysieke en/of psychische toestand.
- De prognose van de aandoening(en) is slecht en het overlijden wordt op relatief korte termijn verwacht.

2. De curatieve behandeling wordt vervangen door een palliatieve zorgverlening

Therapeutische ingrepen en revaliderende therapie hebben geen curatief effect meer en diagnostische handelingen leveren geen meerwaarde op voor de bewoner. Dit betekent dat er enkel nog therapeutische en diagnostische handelingen kunnen gesteld worden met het oog op comfort.

3. Er wordt een intensifiëren van de totaalzorg vastgesteld

De bewoner heeft ernstige fysieke, psychische, sociale en/of spirituele noden, die een belangrijke tijdsintensieve, interdisciplinaire en volgehouden inzet vergen.

4. Ondertekening van het document 'opstart palliatieve zorg'

De 'palliatieve situatie' van de bewoner wordt vastgesteld in een zorgoverleg waarbij de huisarts, de hoofdverpleegkundige en/of de palliatief referentiepersoon, de familie en zo mogelijk ook de bewoner gehoord en geïnformeerd worden. Het document met betrekking tot de opstart van palliatieve zorg wordt ondertekend door de huisarts en de palliatief referentiepersoon en/of de hoofdverpleegkundige.

Opstarten van palliatieve zorg bij een bewoner

In de opstart van palliatieve zorg bij een bewoner onderscheiden we verschillende stadia.

Duiding van comfortzorg versus palliatieve zorg

Comfortzorg is een kwaliteitsvolle totaalzorg bij bewoners waar zelfzorg, gedeeltelijk of volledig, niet meer mogelijk is. Hierbij houdt men niet enkel rekening met de fysieke, psychische, sociale en spirituele noden van de bewoner, maar eveneens met zijn levensgeschiedenis en belevingswereld.

Palliatieve zorg is in wezen dezelfde totaalzorg als comfortzorg. Enkel de medische toestand van de bewoner bepaalt wanneer de aangeboden comfortzorg overgaat in palliatieve zorg.

Multidisciplinair zorgoverleg met betrekking tot de overgang van comfortzorg naar palliatieve zorg

- Bespreking met de huisarts, hoofdverpleegkundige en/of palliatief referentiepersoon, kinesitherapeut, ergotherapeut, bewoner (indien mogelijk), familie en bij voorkeur CRA in verband met de mogelijkheden en beperkingen van alle palliatieve hulpverleningsmogelijkheden voor de bewoner. Hierbij onderneemt men zeker volgende stappen:
 - Bepalen van behandelingsrichtlijnen of deze herbekijken indien er reeds richtlijnen afgesproken waren. Bevat het dossier een document met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning?
 - Nakijken of de bewoner over een wilsverklaring of een euthanasieverzoek beschikt.
 - Voorzien in de mogelijkheid tot ethisch overleg.
 - Indien nog niet bepaald: aanduiden van een vertrouwenspersoon en een wettelijk vertegenwoordiger.
- In het zorgoverleg wordt aandacht gegeven aan het vastleggen van:
 - Afspraken voor de palliatieve zorg die gegeven zal worden.
 - De informatieoverdracht tussen de bewoner, familie, huisarts en instelling, rekening houdend met de wetgeving inzake patiëntenrecht en privacy.

Opstarten van een palliatief dossier

- Aanpassingen uitvoeren in het zorgdossier met aandacht voor volgende deelaspecten:
 - Start palliatief dossier.
 - Aandacht voor comfortzorg: wondzorg, voeding, incontinentie, fixatie,...
 - Medicatie herbekijken.
 - Psychologische, emotionele en spirituele ondersteuning.
 - Aandacht voor ethisch overleg.
- Aanpassen van de Katz-schaal indien nodig en afdrukken van de kennisgeving aan de mutualiteit van de palliatieve status met het oog op het wegvallen van het remgeld. (Dit document dient door de bewoner of zijn wettelijk vertegenwoordiger te worden bezorgd aan de mutualiteit)
- Inlichten van de belanghebbenden binnen een palliatieve zorgsituatie:
 - De bewoner of wettelijk vertegenwoordiger:
 - Inlichten, tenzij andere voorafgaande afspraken of actuele inschatting van de wens van de bewoner.
 - Door wie inlichten? Huisarts of onder diens verantwoordelijkheid medewerker van het zorgteam , vertrouwenspersoon, ...
 - De familie, vertrouwenspersoon....
 - De medewerkers:
 - Bij opstart van het palliatief dossier en het ingeven van de voorafgaande zorgplanning, voorziet men ook een korte verslaggeving over het overleg dat tot de opstart van palliatieve zorg geleid heeft.
 - De opstart en de verdere evolutie van de palliatieve zorg bespreekt men dagelijks op briefingmomenten.
 - De medebewoners: inlichten afhankelijk van de wens van de bewoner en familie.



IV. DAGELIJKSE PALLIATIEVE ZORGPLANNING

Zorg voor de bewoner

Opstellen van een dagelijkse palliatieve zorgplanning

Uitgangspunt is het aanpassen van de individuele zorgplanning aan de actuele noden van de bewoner waarbij men systematisch vaste en variabele items observeert en rapporteert.

Vaste items

Volgende items staan steeds in een palliatieve zorgplanning:

- comfortzorg
 - verzorging aandachtspunten
 - mondzorg
 - houding
- pijncontrole
 - plaats
 - intensiteit
 - duur
 - pijnmedicatie
- controle voedsel- en vochtopname
 - hoeveelheid
 - problemen: slikproblemen, braken, misselijkheid, ...
- controle uitscheiding
 - urine
 - stoelgang
- decubituspreventie
 - materiaal
 - wisselhouding
- controle slaapkwaliteit
 - inslapen
 - doorslapen
 - gestoord dag- nachtritme
 - onrust

- controle psychische parameters
 - onrust
 - angst
 - andere

Variabele items

Men overloopt volgende items en verwerkt deze in de palliatieve zorgplanning indien van toepassing op de betreffende bewoner:

- parametercontrole
 - temperatuur
 - bloeddruk
 - pols
 - glycemie
 - ademhaling
 -
- wondzorg
- andere zorgen met betrekking tot specifieke symptomen, zoals bij voorbeeld:
 - huidproblemen
 - zweten
 - zuurstoftekort
 - ...

Uitvoeren van de dagelijkse palliatieve zorgplanning

Per dienst stelt de hoofdverpleegkundige een teamlid aan dat verantwoordelijk is voor het opvolgen van de palliatieve zorgplanning, bij voorkeur de verpleegkundige van dienst. De uitvoering van de palliatieve zorgplanning wordt gedragen door het volledige team dat vanuit zijn functie betrokken kan worden in de palliatieve zorg planning.

Registreren van de dagelijkse palliatieve zorgplanning

De verantwoordelijke voor de palliatieve zorgplanning registreert dagelijks de vaste items uit de zorgplanning in het zorgdossier in de juiste modules. De variabele items registreert men indien ze van toepassing zijn voor de bewoner. De registratie wordt gelinkt aan de '*palliatieve module*'.

Evaluatie en bijsturing van de dagelijkse palliatieve zorgplanning

Op volgende tijdstippen wordt de dagelijkse palliatieve zorgplanning geëvalueerd en bijgestuurd:

- Na artsensite en gewijzigde behandeling.

- Na teamoverleg en gewijzigde zorg (op vraag van de bewoner, familie, teamlid,...)
- Indien de bewoner langer dan 3 maanden palliatief is, volgt er opnieuw een bespreking met de huisarts, bewoner (indien mogelijk), familie en hoofdverpleegkundige om de situatie te evalueren.
- Bij problemen kan steeds een beroep worden gedaan op externe expertise, met name: de multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) van de regio, het palliatief team van een ander woonzorgcentrum, het netwerk palliatieve zorg, ...

Zorg voor de familie en naasten

Zorg voor de vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger en familie tijdens de palliatieve zorgsituatie

- Laat familie en naasten steeds ventileren, neem de tijd hiervoor.
- Schenk aandacht aan de beleving van de familieleden/naasten, in het bijzonder aan de specifieke belevingswereld van kinderen (meestal klein- of achterkleinkinderen).
- De huisarts en hoofdverpleegkundige en/of palliatief referentiepersoon informeren de familie regelmatig en bespreken elke cruciale verandering in de toestand en behandeling van de bewoner.
- Indien de hoofdverpleegkundige niet aanwezig is, is de aangestelde verantwoordelijke van die dienst de persoon waarbij de familie terecht kan.
- Vanaf de toestand terminaal wordt: afspraken maken indien deze nog niet besproken werden met betrekking tot:
 - ziekenzalving (reeds gebeurd?), andere rituelen bij andere geloofsovertuigingen
 - waken
 - contactname bij felle achteruitgang en overlijden (ook 's nachts?)
 - speciale wensen (kledij, muziek, ...)
 - crematie
- Bij waken:
 - Regelmatig binnengaan en bevragen naar wensen, vragen, opmerkingen,
 - Mogelijkheid bieden tot praten over gevoelens.
 - Voldoende drankmogelijkheid voorzien.
 - Maak het hen zo comfortabel mogelijk.

Zorg voor de medewerkers

Zorg voor de medewerkers tijdens de palliatieve zorgsituatie

Bied medewerkers voldoende gelegenheid om hun emoties te uiten:

- door deelname aan het multidisciplinair palliatief zorgoverleg.
- door hen aan te moedigen een lid van het palliatief team aan te spreken.

V. ZORG NA HET OVERLIJDEN

Stappenplan bij het overlijden

- Huisarts verwittigen.
- Aandacht voor de levensbeschouwing en de spirituele dimensie.
- Overlijdensakte, identiteitskaart en trouwboekje klaarleggen of zo vlug mogelijk aan de familie vragen indien nog niet ter beschikking.
- Ook steeds het crematieformulier laten invullen (aandacht pacemaker!). Dit voor het geval de familie toch nog voor crematie zou opteren, dan is alles administratief al in orde.
- Familie verwittigen. Indien niet aanwezig: volg de afspraken in het zorgdossier.
Bij plots overlijden: familie tactvol of door de huisarts laten inlichten.
- Familie opvangen en deelneming betuigen:
 - Koffie / frisdrank aanbieden in een rustige ruimte.
 - Steun bieden en gevoelens laten uiten.
- Praktische afspraken:
 - Eventueel nog identiteitskaart / trouwboekje aan familie vragen.
 - Afspreken of familie of personeel de begrafenisondernemer contacteert (indien de instelling contact neemt: naam en telefoonnummer van een familielid doorgeven).
 - Keuze van kledij voor lijktooi navragen indien niet vermeld in zorgdossier.
 - Eventueel andere specifieke wensen van de familie bevragen.
- Lijktooi, eventueel samen met familie verrichten.
- Groeten van de overledene:
 - Familie naar de kamer begeleiden en hen de kans bieden om even alleen te blijven indien zij dit wensen.
 - Ook aan medebewoners en medewerkers de kans geven tot groeten indien zij dit wensen.
- Aankomst begrafenisondernemer:
 - Overlijdensakte, crematieformulier, identiteitskaart en trouwboekje geven.
 - Eventueel nog de naam en het telefoonnummer van een familielid van de overledene geven.
 - Hulp aanbieden zo nodig.

- Na vertrek van de begrafenisondernemer:
 - Bedlinnen verwijderen, zo mogelijk bedsprei op bed leggen.
 - Kamer een beetje opruimen en vuilnisbak leegmaken.
 - Raam openen.
 - Kamer verluchten.
- Administratieve taken onmiddellijk na het overlijden: overlijdensdatum en -uur in zorgdossier en dagboek vermelden.

Zorg voor het lichaam van de overleden bewoner

- Bewoner wassen met zeep, niet afspoelen.
- Haren kammen, nagels proper maken, tandprothese indoen zo mogelijk.
- Proper bedlinnen. Aandacht : geen valse plooi , scheur of gaatjes in het bovenlaken !
- Indien gewenst: paternoster rond gevouwen handen wikkelen.
- Indien gewenst: kruisbeeld, kaarsen, palmtakje en wijwater voorzien op nachtkastje.
- Aangepaste verlichting op kamer.
- Indien mogelijk: discreet bloemen aanbrengen.
- Zo nodig en mogelijk: raam openen en verwarming lager zetten.
- Kamer opruimen:
 - gordijnen sluiten
 - verband- en verzorgingsmateriaal opbergen
 - wc stoel, zuurstofbonbon, ziekenoplichter wegbergen
 - voeding en drank opruimen
 - zo nodig: vloer wat opfrissen

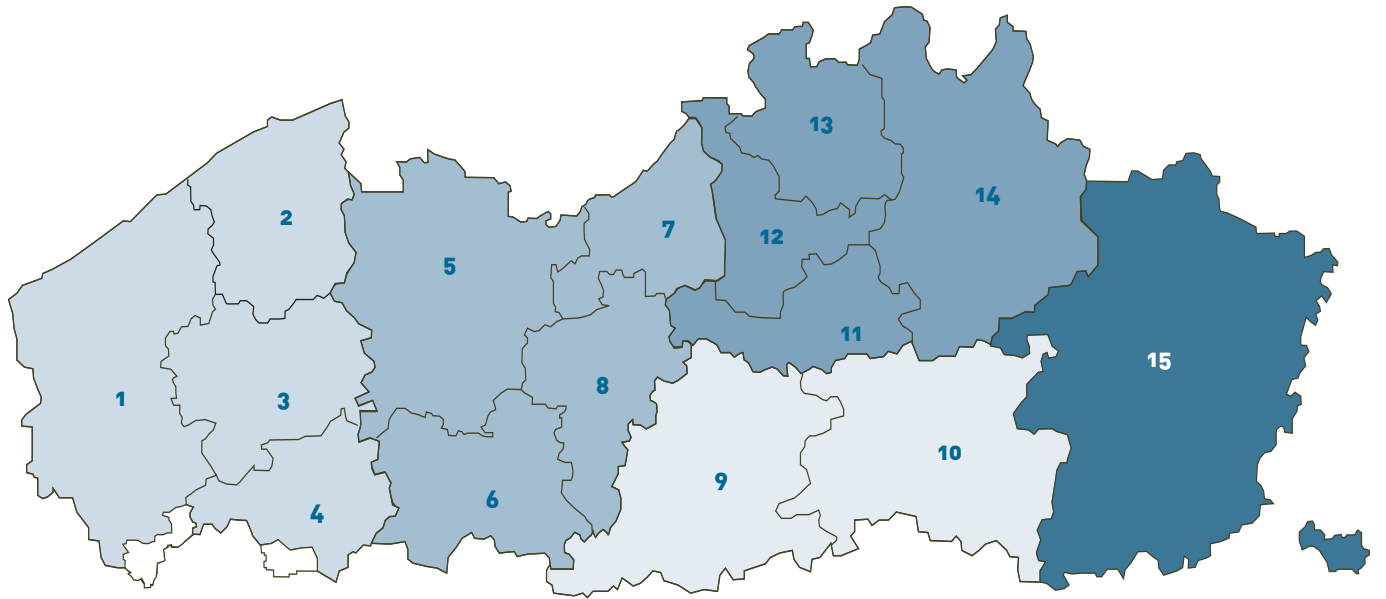
Administratie en praktische nazorg

- Administratie:
 - Het formulier 'Gegevens betreffende de palliatieve bewoner' (RIZIV): datum en plaats overlijden nog invullen en klasseren in palliatieve kافت op bureel van de directie.
 - Evaluatieformulier 'palliatieve zorgen' invullen en later deze gegevens verwerken binnen de palliatieve werkgroep.
- Persoonlijke medicatie van de bewoner opruimen: gesloten verpakkingen terug naar de apotheek en geopende verpakkingen die vrij afleverbaar zijn aan familie meegeven.
- Fotokader met foto van overleden bewoner wordt op het herdenkingstafeltje in de inkomhal gezet (+/- 14 dagen).
- De directie zorgt ervoor dat een vertegenwoordiger van de instelling aanwezig is op de gebedswake of begrafenis.
- Wanneer de familie eigen meubilair en kledij opgeruimd heeft :
 - Kamermeubilair van het rusthuis ontsmetten.
 - Groot onderhoud van de kamer.
- In het najaar: familie uitnodigen op het jaarlijkse herdenkingsmoment.

Evaluatie van de geboden zorg

- De familie van de overleden bewoner wordt uitgenodigd tot een nabespreking van de palliatieve zorg ongeveer een maand na het overlijden.
- De medebewoners kunnen voor een gesprek ook steeds terecht bij de medewerkers.
- In een overleg van het palliatief team wordt de voorbije palliatieve situatie geëvalueerd en zullen verbeteringen geformuleerd worden indien zich opnieuw een palliatieve situatie voordoet. Hierbij kunnen medewerkers ook steeds aanwezig zijn indien zij behoefte hebben om over de voorbije palliatieve situatie te kunnen ventileren.





CONTACTGEGEVENS NETWERKEN PALLIATIEVE ZORG

1. VZW NETWERK PALLIATIEVE ZORG WESTHOEK – OOSTENDE

Tel: 051 51 13 63
info@palliatieve.be
www.pzwwl.be

2. PALLIATIEVE ZORG NOORD WEST-VLAANDEREN VZW

Tel: 050 40 61 50
info@pznwvl.be
www.pzwwl.be

3. PALLIATIEF NETWERK DE MANTEL VZW

Tel: 051 24 83 85
info@demantel.net
www.pzwwl.be

4. NETWERK PALLIATIEVE ZORG ZUID WEST-VLAANDEREN VZW

Tel: 056 63 69 50
palnet.zwvl@yucum.be
www.pzwwl.be

5. NETWERK PALLIATIEVE ZORG GENT-EEKLO VZW

Tel: 09 218 94 06
npz.genteklo@palliatieve.org
www.palliatieve.org

6. HET LEVEN HELPEN VZW

Tel: 055 20 74 00
info@hetlevenhelpen.be
www.palliatieve.org

7. NETWERK PALLIATIEVE ZORG WAASLAND VZW

Tel: 03 776 29 97
info@npzw.be
www.palliatieve.org

8. NETWERK PALLIATIEVE ZORG AALST-DENDERMONDE-NINOVE VZW

Tel: 052 21 54 34
Tel: 053 21 40 94
info@npzadn.be
www.palliatieve.org

9. NETWERK PALLIATIEVE ZORG BRUSSEL-HALLE-VILVOORDE VZW

Tel: 02 456 82 07
netwerk.palliatieve.zorg@skynet.be
www.netwerk-omega.be

10. PALLIATIEF NETWERK ARRONDISSEMENT LEUVEN (PANAL VZW)

Tel: 016 23 91 01
vragen@panal.be
www.panal.be

11. PALLIATIEF NETWERK MECHELEN VZW (P.N.M)

Tel: 015 41 33 31
info@pnm Mechelen.be
www.palliatief-netwerk-mechelen.be

12. PALLIATIEVE HULPVERLENING ANTWERPEN VZW (PHA)

Tel: 03 265 25 31
pha@ua.ac.be
www.pha.be

13. NETWERK PALLIATIEVE ZORG NOORDERKEMPEN VZW

Tel: 03 633 20 11
info@npzn.be
www.npzn.be

14. PALLIATIEF NETWERK ARRONDISSEMENT TURNHOUT VZW

Tel: 014 43 54 22
pnat@pnat.be
www.pnat.be

15. NETWERK PALLIATIEVE ZORG LIMBURG VZW

Tel: 011 81 94 72
info@npzl.be
www.npzl.be



info:

- vormingsaanbod: www.palliatief.be
- vroegtijdige zorgplanning: www.delaatstereis.be

