

Cliënt	m / v	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)
Team		Behandelend arts
Cliëntnummer		Invuldatum

### Start van het Zorgpad Stervensfase

#### Criteria voor het aanbreken van de stervensfase

Het Zorgpad Stervensfase wordt gestart als het multidisciplinaire behandelteam heeft vastgesteld dat de cliënt stervende is.

Onderstaande punten kunnen hierop wijzen. De cliënt:

- komt niet meer uit bed
- is subcomateus
- is slechts in staat slokjes te drinken
- is niet langer in staat tabletten in te nemen.

#### Het Zorgpad Stervensfase bestaat uit doelen van zorg

- Alle doelen zijn vetgedrukt.
- Aandachtspunten, die behulpzaam kunnen zijn om de doelen te bereiken, staan onder de doelen in standaard lettertype.
- Gebruik waar mogelijk beschikbare richtlijnen van de organisatie en/of landelijke richtlijnen (zie richtlijnenboek 'Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk' of [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)).

#### Registratie

- Noteer bij elk registratiemoment twee letters. De eerste letter betreft de situatie in de voorafgaande periode; de tweede letter de situatie op het moment zelf.
- Noteer B (bereikt) als het doel is bereikt, noteer A (anders) als het doel niet is bereikt. Noteer voor elke genoteerde A op het rapportageblad 'Evaluatie anders' de reden en de eventuele actie.
- Noteer in de laatste kolom de situatie van de cliënt op het moment van overlijden.

#### Rapportagebladen

- Evaluatie 'anders'
- Multidisciplinaire voortgangsrapportage
- Medische afspraken
- Interventies

### Documentatie van de beslissing om het Zorgpad Stervensfase te starten-staken

Datum start zorgpad	Tijdstip start zorgpad
Naam arts	Handtekening
Naam verpleegkundige/verzorgende	Handtekening

#### Indien van toepassing

Datum staken zorgpad	Tijdstip staken zorgpad
Redenen staken zorgpad	

Beslissing staken zorgpad gedeeld met cliënt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Beslissing staken zorgpad gedeeld met naasten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

### Informatie en advies

Voor vragen over het (gaan) gebruiken van het Zorgpad Stervensfase, raadpleeg de handleiding of neem contact op met:

Voor nader inhoudelijk overleg kunt u als behandelend arts of met toestemming van de behandelend arts contact opnemen met het

Consultatieteam Palliatieve zorg \_\_\_\_\_ Telefoonnummer \_\_\_\_\_

of met \_\_\_\_\_



Cliënt	m / v	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)
		Invuldatum

## Deel 1 Beoordeling bij start Zorgpad Stervensfase door arts en verpleegkundige

### Diagnose en uitgangssituatie cliënt

Diagnose	Andere ziekten die een rol spelen
Datum in zorg	Land van herkomst

### Op het moment van de beoordeling heeft de cliënt de volgende symptomen:

pijn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	moeilijkheden met slikken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
rusteloosheid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	angst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
misselijkheid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	urine-incontinentie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
braken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	- heeft cliënt een urinekatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
kortademigheid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	faeces-incontinentie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
spierschokken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	obstipatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
hinderlijke slijmvorming	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	- datum laatste ontlasting:	<hr/>	
verwardheid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee			

Andere symptomen, namelijk

---



---

De cliënt is:  bij bewustzijn  verminderd bewust  niet bij bewustzijn

### Communicatie

**Doel 1a De cliënt kan actief deelnemen aan het gesprek en beslissingen nemen over de behandeling**  bereikt  anders

Indien anders, ten gevolge van anderstaligheid  ja  nee

Is inzet van een tolk nodig  nee  ja, telefoonnummer: 

---

Andere belemmeringen in de communicatie. Denk aan verwardheid, slechthorendheid, slechziendheid, spraakproblemen, dementie, neurologische aandoeningen. 

---

**Doel 1b De naasten kunnen actief deelnemen aan het gesprek**  bereikt  anders

Indien anders, ten gevolge van anderstaligheid  ja  nee

Is inzet van een tolk nodig  nee  ja, telefoonnummer: 

---

Andere belemmeringen in de communicatie, namelijk 

---

**Doel 2a De cliënt weet dat hij stervende is**  ja  nee  anders

**Doel 2b De naasten weten dat de cliënt stervende is**  ja  nee  anders

Cliënt

m / v

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

**Vervolg communicatie**
**Doel 3 Het behandelteam heeft de juiste contactinformatie van de naasten**
 bereikt  anders

1e contactpersoon

Relatie tot cliënt

Telefoonnummer

Mobiel nummer

 Bereikbaar  op ieder tijdstip  niet in de nacht  verblijft bij de cliënt

2e contactpersoon

Relatie tot cliënt

Telefoonnummer

Mobiel nummer

 Bereikbaar  op ieder tijdstip  niet in de nacht  verblijft bij de cliënt

Bijzonderheden ten aanzien van het contact met de naasten:

---



---

 Andere contactpersoon  ja  nee

Naam

Telefoonnummer

**Ondersteuning**
**Doel 4a De naasten hebben uitleg gekregen over de faciliteiten die hen ter beschikking staan**
 bereikt  anders

*Denk aan: bereikbaarheid van de huisarts/huisartsenpost, wijkverpleegkundige, palliatief behandelteam, apotheker, wat te doen in geval van nood.*
**Doel 4b De naasten hebben schriftelijke informatie ontvangen over deze faciliteiten**
 bereikt  anders

**Doel 5a De cliënt heeft de gelegenheid gekregen om te bespreken wat op dit moment belangrijk is**
 bereikt  anders

*Maak specifieke wensen, gevoelens, geloof, waarden en normen bespreekbaar.*

De cliënt heeft de gelegenheid aangegrepen om bovenstaande zaken te bespreken

 ja  nee

Levensbeschouwelijke achtergrond van de cliënt:

Behoeftte aan contact met bijvoorbeeld een geestelijk verzorger

 ja  nee

Naam

Telefoonnummer/Sein

Datum/tijd

Vermeld huidige wensen en behoeften voor, tijdens en na het overlijden

---



---

Cliënt

m / v

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

**Vervolg ondersteuning**

**Doel 5b De naasten hebben de gelegenheid gekregen om te bespreken wat op dit moment voor hen belangrijk is**

bereikt  anders

*Maak specifieke wensen, gevoelens, geloof, waarden en normen bespreekbaar.*

Hebben de naasten de gelegenheid aangegrepen om bovenstaande zaken te bespreken

ja  nee

Vermeld huidige wensen en behoeften en de wensen voor, tijdens en na het overlijden. Denk aan waken, anticiperen op levensbeschouwelijke gebruiken/rituelen, betrokkenheid naasten bij de verzorging na het overlijden, ondersteuning door bijv. een geestelijk verzorger, specifieke ondersteuning van (jonge) kinderen.

---



---



---

**Medicatie en handelingen**

**Doel 6a Huidige medicatie is beoordeeld en onnodige medicatie is gestaakt**

bereikt  anders

**Doel 6b De cliënt heeft zonodig-medicatie voorgeschreven gekregen voor symptomen die in de laatste dagen tot uren kunnen optreden**

bereikt  anders

*Denk aan medicatie tegen pijn, misselijkheid of onrust.*

**Doel 6c Er is een pomp beschikbaar om (continue) toediening van medicatie mogelijk te maken**

ja  al gestart  niet nodig  anders

Uitvoeringsverzoek is aanwezig

bereikt  anders

**Doel 6d Venflon/insufloon subcutaan geplaatst voor intermitterende subcutane toediening van medicatie**

ja  al gestart  niet nodig  anders

**Doel 7a Huidige handelingen zijn beoordeeld en onnodige handelingen zijn gestaakt**

bereikt  anders

	nvt	gestopt	voortgezet	gestart
Controle van de pols, bloeddruk en temperatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine wisselgigging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routine bloedonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle van de bloedsuikerspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toediening van zuurstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toediening kunstmatig vocht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toediening kunstmatige voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overige handelingen

---



---

Cliënt

m / v

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

**Vervolg medicatie en handelingen**
**Doel 7b Er is een niet-reanimeer beleid afgesproken**  ja  anders

*Voeg documentatie van het beleid toe volgens de geldende procedure; bespreek het beleid met cliënt en naasten.*

Heeft de cliënt:

- een wilsbeschikking (*denk aan: een euthanasieverzoek, niet-behandelwens*)  onbekend  ja  nee
- een ondertekend donorcodicil voor orgaan- of weefseldonatie  onbekend  ja  nee

 Is met cliënt en/of naasten op enig moment gesproken over palliatieve sedatie  onbekend  ja  nee

Datum

Opmerkingen

 Is met cliënt op enig moment gesproken over euthanasie  onbekend  ja  nee

Datum

Opmerkingen

**Doel 7c Interne defibrillator (ICD) is uitgeschakeld**  geen ICD aanwezig  bereikt  anders

*Neem na overleg met de cardioloog voor het uitzetten van de ICD contact op met de leverancier.*
**Doel 8 De huid van de cliënt is beoordeeld op (kans op) decubitus**  bereikt  anders

*Overweeg het gebruik van speciale hulpmiddelen (bijv. decubitusmatras).*
**Informatie**
**Doel 9a De cliënt heeft uitleg gekregen over de zorg in de stervensfase**  bereikt  anders

**Doel 9b De naasten hebben uitleg gekregen over de zorg in de stervensfase**  bereikt  anders

*Benoem mogelijk optredende symptomen en de behandeling ervan (bijv. reutelen).*

Namen zorgverleners aanwezig bij gesprek:

**Doel 9c De folder 'De Stervensfase' (of soortgelijke folder) is gegeven aan de naasten**  bereikt  anders

Cliënt \_\_\_\_\_ m / v \_\_\_\_\_ Geboortedatum (dd/mm/jjjj) \_\_\_\_\_

**Vervolg informatie**

**Doel 9d** **Betrokken zorgverleners zijn op de hoogte gebracht dat de cliënt stervende is**  bereikt  anders  
 Denk aan vrijwilligers, paramedici, geestelijk verzorger, activiteitenbegeleider, tandarts, kapper of reeds gemaakte afspraken voor onderzoek, dagbehandeling en tafeltje-dek-je.

Naam	Functie	Telefoonnummer	Geïnformeerd
_____	Huisarts	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Overige informatie**

Vermeld hier belangrijke informatie over cliënt en naasten die niet beschreven staat in de eerste beoordeling.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Einde deel 1**

**Ondertekening**

Voordat u hier ondertekent: voor elk van de bovenstaande doelen waar 'anders' is ingevuld dient u op blad 8 de reden en de eventueel ondernomen actie in te vullen.

Naam \_\_\_\_\_ Functie \_\_\_\_\_

Handtekening (geen paraaf) \_\_\_\_\_





Cliënt	m / v	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)
		Invuldatum

## Deel 2 Beoordeling van cliëntgebonden problemen

### Registratie

Noteer bij elk registratiemoment twee letters. De eerste letter betreft de situatie in de voorafgaande periode; de tweede betreft de situatie op het moment zelf. B= bereikt, A = anders. Begin elke dag met een nieuw blad.

	nacht	ochtend	middag	avond	op moment overlijden
<b>Doel 1 De cliënt is pijnvrij</b> <b>Dit blijkt uit:</b> indien bij bewustzijn, aangegeven door cliënt; indien niet bij bewustzijn, pijnvrij bij bewegen of verleggen. <i>Aandachtspunt: verleggen alleen ter verbetering van comfort.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 2 De cliënt is niet rusteloos</b> <b>Dit blijkt uit:</b> geen tekenen van verwardheid, plukgedrag, spierschokken. <i>Aandachtspunt: denk aan urineretentie als mogelijke oorzaak.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 3 De ademhaling van de cliënt wordt niet bemoeilijkt door slijmvorming</b> <b>Dit blijkt uit:</b> geen tekenen van benauwdheid, ook niet bij reutelen. <i>Aandachtspunt: bij reutelen (herhaalde) uitleg aan de naasten.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 4 De cliënt is niet misselijk</b> <b>Dit blijkt uit:</b> indien bij bewustzijn, aangegeven door cliënt.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 5 De cliënt braakt niet</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 6 De cliënt is niet kortademig</b> <b>Dit blijkt uit:</b> indien bij bewustzijn, aangegeven door cliënt. <i>Aandachtspunten: positieverandering, inzet van ventilator.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 7 De cliënt heeft geen mictieproblemen</b> <b>Dit blijkt uit:</b> niet onrustig of gespannen. <i>Aandachtspunten: bij urineretentie, incontinentie of zwakte: overweeg inbrengen urinekatheter.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 8 De cliënt heeft geen problemen met de ontlasting</b> <b>Dit blijkt uit:</b> niet onrustig of gespannen. <i>Aandachtspunten: buikkrampen, obstipatie of diarree.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 9 De cliënt ondervindt geen hinder van andere symptomen (bijv. oedeem, jeuk)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 10 Bij toediening van medicatie zijn de veiligheid en het comfort van de cliënt gewaarborgd</b> <b>Dit blijkt uit:</b> organisatierichtlijn opgevolgd. <i>Aandachtspunt: controleer pomp voor medicatie of insteekopening venflon/insuflon bij elk bezoek.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Doel 11 De mond van de cliënt is vochtig en schoon</b> <i>Aandachtspunt: mondverzorging bij elk bezoek.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Cliënt	m / v	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)
		Invuldatum

**Vervolg registratie**

Noteer bij elk registratiemoment twee letters. De eerste letter betreft de situatie in de voorafgaande periode; de tweede betreft de situatie op het moment zelf. B= bereikt, A = anders. Begin elke dag met een nieuw blad.

**Doel 12 De cliënt is comfortabel en bevindt zich in een veilige omgeving**

*Aandachtspunten: zorgomgeving, bedhouding, drukplekken, gewenste rust op kamer, beschermende maatregelen, drukverminderend matras.*

**Doel 13 Er is aandacht voor het psychisch welbevinden van de cliënt**

**Dit blijkt uit:** zo aangegeven door cliënt of naasten. *Aandachtspunten: uitleg bij (verzorgende) handelingen, communicatie, levensbeschouwelijke ondersteuning.*

**Doel 14 Er is aandacht voor het welbevinden van de naasten**

**Dit blijkt uit:** zo aangegeven door naasten. *Aandachtspunten: uitleg over (de betekenis van) mogelijk voorkomende symptomen, informatie over maatregelen om comfort van cliënt te handhaven, behoeften van degenen die bij de cliënt verblijven.*

nacht	ochtend	middag	avond	op moment overlijden
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Ondertekening**

Voordat u hier parafeert per registratiemoment: voor elk van de bovenstaande doelen waar een A (anders) is ingevuld, dient u op blad 11 'Evaluatie anders' de reden en de eventueel ondernomen actie te vermelden.

nacht	ochtend	middag	avond	op moment overlijden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>









Cliënt	m / v	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)
		Invuldatum

### Deel 3 Zorg na het overlijden

#### Vaststellen van de dood

Geschouwd door arts

Datum	Tijd
Datum overlijden	Tijdstip overlijden
Doodsoorzaak	
Bijzonderheden	

 Moet de lijkschouwer worden ingeschakeld?  ja  nee

#### Aanwezig bij overlijden

 Naasten aanwezig bij overlijden  ja  nee

 – indien nee: zijn naasten geïnformeerd  nee  ja, namelijk \_\_\_\_\_

#### Waardigheid van de laatste zorg

**Doel 1** **Er is gewerkt volgens de protocollen van de organisatie m.b.t. de laatste zorg**  bereikt  anders  
*De cliënt is met waardigheid en respect verzorgd. Er is gewerkt volgens de protocollen van de organisatie m.b.t. veiligheid, hygiëne en infectie. Er is voldaan aan spirituele, religieuze en culturele behoeften van cliënt en naasten. De richtlijn van de organisatie m.b.t. het verwijderen van een ICD is gevolgd.*

#### Informatie aan de naasten

**Doel 2** **De naasten weten welke stappen zij moeten ondernemen**  bereikt  anders  
*Informatie is verstrekt over hoe en wanneer er contact opgenomen kan worden met de uitvaartverzorger en over de overlijdenspapieren. Bespreek indien van toepassing: het schouwen van het lichaam, obductie, verwijdering van PM/ICD, noodzaak tot overleg met gemeentelijk lijkschouwer. Geef zo nodig informatie over organisaties die rouwverwerking bij kinderen begeleiden.*

De naasten hebben relevante schriftelijke informatie gekregen  ja  nee

De folder 'Een dierbare verliezen' (of soortgelijke folder) is gegeven  ja  nee

Cliënt \_\_\_\_\_ m / v \_\_\_\_\_ Geboortedatum (dd/mm/jjjj) \_\_\_\_\_

**Informatie met betrekking tot de organisatie**

**Doel 3a** **Betrokken zorgverleners zijn op de hoogte gebracht van het overlijden van de cliënt**  bereikt  anders

Zie voor betrokken zorgverleners blad 7.

Naam	Functie	Geïnformeerd
_____	Huisarts	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

**Doel 3b** **Het overlijden van de cliënt is aan de juiste diensten binnen de organisatie bekend gemaakt**  bereikt  anders

Registreer het overlijden van de cliënt in de database van de organisatie.

**Zorg voor de zorgenden**

**Doel 4** **Evaluatie van zorg heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie**

Evaluatie van zorg met de naasten  bereikt  anders

Evaluatie van zorg met collegae; zorg voor zorgenden  bereikt  anders

**Einde deel 3**

**Ondertekening**

Voordat u hier ondertekent: voor elk van de bovenstaande doelen waar 'anders' is ingevuld dient u op blad 17 de reden en de eventueel ondernomen actie in te vullen.

Naam \_\_\_\_\_ Functie \_\_\_\_\_

Handtekening (geen paraaf) \_\_\_\_\_



Cliënt

m / v

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

## Rapportage bij deel 3

## Evaluatie 'anders'

Datum en tijdstip	Doelnr	Reden 'anders'	Ondernomen actie	Paraaf

## Nagesprek

Noteer, indien gewenst, hier het verslag van het nagesprek met de familie/naasten.

Datum gesprek

Gespreksverslag

Naam

Functie

Handtekening (geen paraaf)