

Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor zorgorganisaties

Februari 2024

Colofon

Februari 2024
Versie 4.0

Auteurs:
Eveline van Drielen, senior projectadviseur, PZNL
Katrín Kochems, adviseur palliatieve zorg, PZNL
Dianne Boxman, verpleegkundig adviseur palliatieve zorg, PZNL

Met dank aan:
Organisaties die mee hebben gedaan aan de pilot:
 Kwadrantgroep
 Palliatieve Thuiszorg Jasmijn
 Maastricht UMC

Leden van de werkgroep en klankbordgroep:
 Annemarijn van der Scheer, regioadviseur PZNL
 Charlotte Veenvliet, projectmedewerker PZNL
 Lieske Scholtus, senior communicatieadviseur PZNL
 Larissa Exalto, adviseur patiëntenparticipatie PZNL
 Mary de Weerd, adviseur palliatieve zorg, Patiëntenfederatie
 Marjan Kessels, netwerkcoördinator NPZ Noord-Limburg
 Mandy Kreuzen, netwerkcoördinator NPZ Salland

Contact
Voor vragen, opmerkingen en suggesties kun je contact opnemen via: zelfevaluatiepz@pzn.nl.

Op palliaweb.nl/zelfevaluatie-deelnemers staat alle informatie en downloads bij elkaar.

Als je interesse hebt om met jouw organisatie een Zelfevaluatie uit te voeren, kun je contact opnemen met jouw netwerkcoördinator.

Bij technische vragen over de applicatie Exata kun je terecht bij de helpdesk van Compusense via 071-5190326/helpdesk@compusense.nl.

Uitgever:
Stichting Palliatieve Zorg Nederland
Postbus 19079
3501 DB Utrecht

Deze gids voor Zelfevaluatie mag worden verspreid voor het informeren over de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg. Voor het gebruik van de gids anders dan voor de uitvoer van een Zelfevaluatie, is voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever nodig.

Inhoudsopgave

Inleiding	0
Handleiding	0
A. Het uitvoeren van de Zelfevaluatie	0
B. Patiëntenperspectief betrekken bij de Zelfevaluatie	0
C. Exata (het digitale programma)	0

Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Fase 1:	Visie op palliatieve zorg	
1.1	Kernwaarden en principes	0
1.2	Gegevens organisatie	0
1.3	Structuur organisatie	0
1.4	Beleid	0
1.5	Deskundigheid	0
1.6	Netwerk	0

Fase 2:	Palliatieve zorg in de praktijk	
2.1	Markering	0
2.2	Gezamenlijke besluitvorming	0
2.3	Proactieve zorgplanning	0
2.4	Individueel Zorgplan	0
2.5	Symptoomlast op de vier dimensies	0
2.6	Coördinatie en continuïteit	0
2.7	Persoonlijke balans	0

Fase 3:	Dossieronderzoek	
3.1	Kenmerken patiënt	0
3.2	Markering	0
3.3	Gezamenlijke besluitvorming	0
3.4	Proactieve zorgplanning	0
3.5	Individueel zorgplan en symptoomlast op de vier dimensies	0
3.6	Coördinatie en continuïteit	0

Inleiding

Zorgverleners en zorgorganisaties streven naar de beste kwaliteit van palliatieve zorg¹ voor patiënten en hun naasten. Om de kwaliteit van zorg binnen de organisatie inzichtelijk te maken en te verbeteren, kunnen organisaties deelnemen aan kwaliteitsprojecten, audits en externe accreditatieprogramma's. De vraag die zorgverleners, zorgorganisaties en samenwerkingsverbanden, zoals netwerken palliatieve zorg, zichzelf hierbij stellen is: waar kan gerichte verbetering van palliatieve zorg plaatsvinden? De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg helpt om deze vraag methodisch en gestructureerd te beantwoorden.

Doel

Het doel van de Zelfevaluatie is tweeledig. De Zelfevaluatie geeft zorgorganisaties inzicht in hoeverre de palliatieve zorg die zij bieden, aansluit bij het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. Daarnaast geeft de Zelfevaluatie een gericht beeld over welke successen er al zijn en welke verbeteringen mogelijk zijn voor de ontwikkeling van de palliatieve zorg² in de eigen organisatie. De Zelfevaluatie leidt niet tot een keurmerk of accreditatie.

Uitgangspunt: Kwaliteitskader

De basis van de Zelfevaluatie is het **Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland** (zie palliaweb.nl/kwaliteitskader). Het Kwaliteitskader geeft zicht op wat we met elkaar - patiënten, naasten, zorgverleners - hebben afgesproken wat goede kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland is. Het laat daarmee zien wat patiënten en naasten mogen verwachten van palliatieve zorg in Nederland.

In de Zelfevaluatie wordt aandacht besteed aan de **acht essenties** van het Kwaliteitskader palliatieve zorg, die zijn gebaseerd op de belangrijkste wensen en doelen van patiënten in de palliatieve fase.

De acht essenties van het Kwaliteitskader palliatieve zorg zijn:

1. Markering
2. Gezamenlijke besluitvorming
3. Proactieve zorgplanning
4. Individueel zorgplan (inclusief symptoommanagement op vier dimensies)
5. Coördinatie en continuïteit (inclusief netwerk)
6. Deskundigheid
7. Effectieve communicatie
8. Persoonlijke balans (zorg voor de zorgenden)



¹ Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

² Domein 2.10, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

De Zelfevaluatie kun je gebruiken voor verschillende zorgsettings. Soms is er een specifieke vragenlijst voor een bepaalde setting. Het digitale programma (EXATA) legt automatisch de juiste vragenlijsten voor.

Leeswijzer

Deze gids bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit een handleiding, opgedeeld in:

- A. Uitgebreide uitleg over het uitvoeren van de Zelfevaluatie. Hierin beschrijven we alles wat je moet weten als je de Zelfevaluatie gaat inzetten in jouw organisatie, waaronder de vier fasen van de Zelfevaluatie en uit welke activiteiten elke fase bestaat.
- B. Patiëntenperspectief betrekken bij de Zelfevaluatie.
- C. Exata (het digitale programma).

Na de handleiding volgt de Zelfevaluatie zelf met alle te beantwoorden vragen, onderverdeeld in fase 1, fase 2 en fase 3. De Zelfevaluatie bestaat ook uit teksten van het Kwaliteitskader, om de onderwerpen en begrippen te duiden en te helpen bij het beantwoorden van de vragen.

Daar waar we in dit document spreken van patiënt, bedoelen we ook cliënt, gast of bewoner. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, bedoelen we de wettelijk vertegenwoordiger.

In de Zelfevaluatie hanteren we de begrippen zoals beschreven in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. Een toelichting op de begrippen staat in het begrippenkader: palliaweb.nl/begrippenkader.

Handleiding

A. Het uitvoeren van de Zelfevaluatie

In dit deel A van de handleiding geven we uitleg over het inzetten van de Zelfevaluatie in jouw zorgorganisatie. Om dit zo kort en concreet mogelijk te doen, geven we deze handleiding vorm aan de hand van een speluitleg.

Doel van de Zelfevaluatie

Het doel van de Zelfevaluatie is tweeledig. De Zelfevaluatie geeft zorgorganisaties inzicht in hoeverre zij het Kwaliteitskader palliatieve zorg hebben geïmplementeerd. Daarnaast geeft de Zelfevaluatie een gericht beeld over welke successen er al zijn en waar verbetering mogelijk is. De Zelfevaluatie leidt niet tot een keurmerk of accreditatie.

Winst

De Zelfevaluatie sluit af met een actieplan voor de komende jaren. Niet alle verbeteringen moeten onmiddellijk worden doorgevoerd, prioriteiten stellen op basis van haalbare doelen is prima.

Bonus

Op netwerkniveau kunnen zorgorganisaties hun bevindingen van de Zelfevaluatie uitwisselen en van elkaar leren.

Betrokkenen

- A. Projectleider.** De projectleider is verantwoordelijk voor het welslagen van het project. De projectleider houdt contact met de netwerkcoördinator en het Team Zelfevaluatie van PZNL.
- B. Projectgroep.** De projectgroep bestaat uit ongeveer drie mensen die samen zorgen voor een bij de organisatie passende voorbereiding op en uitvoering van de Zelfevaluatie.
- C. Werkgroep.** De werkgroep wordt gevormd door een brede vertegenwoordiging van medewerkers in de organisatie, die in hun dagelijks werk regelmatig te maken hebben met patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.
- D. Netwerkcoördinator.** Bij de coördinator van het netwerk palliatieve zorg waar jouw organisatie lid van is, kun je terecht voor informatie en advies over (ervaringen met) de Zelfevaluatie. De netwerkcoördinator is jouw eerste aanspreekpunt.
- E. Team Zelfevaluatie PZNL** Wij leveren de documenten en overeenkomst aan. Je kunt ons bereiken via zelfevaluatiepz@pzn.nl. Op verzoek van de netwerkcoördinator kan het team indien gewenst ook ondersteuning geven.

Tijdsinvestering

De totale Zelfevaluatie zou maximaal drie maanden in beslag moeten nemen, het gaat ten slotte om een momentopname.

De hoeveelheid tijd die je als organisatie kwijt bent aan de Zelfevaluatie hangt af van vele factoren, zoals de grootte van de organisatie en de gekozen aanpak.

Een globale inschatting:

Vorbereiding:

- Projectleider: 8 uur
- Projectgroep: 4 uur

Uitvoering:

- Projectleider: 5 uur
- Projectgroep: 5 uur
- Werkgroep: ongeveer 3 uur voor bijeenkomsten.
- Meestal voert een afvaardiging van de werkgroep het dossieronderzoek uit. Voor het eerste dossier kun je uitgaan van één a twee uur afhankelijk van de kennis en kunde van de dossieronderzoekers. Na het eerste dossier kun je ongeveer 5 dossier per 2 uur behandelen. In het geval van 20 dossier is de inschatting dat dit ongeveer 10 uur kost.

Analyse, conclusies en evaluatie:

- Projectleider: 7,5 uur
- Projectgroep: 5 uur
- Werkgroep: 2,5 uur

Materiaal

Voor het uitvoeren van de Zelfevaluatie heb je de volgende materialen nodig:

1. Deze gids met handleidingen en de Zelfevaluatie zelf.
2. Het sjabloon plan van aanpak, deze heb je van ons ontvangen en is te downloaden op palliaweb.nl/zelfevaluatie-deelnemers.
3. De powerpointpresentatie over de Zelfevaluatie, deze heb je van ons ontvangen en is te downloaden op palliaweb.nl/zelfevaluatie-deelnemers.
4. Toegang tot het digitale programma EXATA.

Vorbereiding**Projectgroep samenstellen**

De projectgroep bestaat uit ongeveer drie personen die samen zorgen voor een goede voorbereiding, uitvoering en afronding van de Zelfevaluatie.

De projectleider is meestal een leidinggevende of een kwaliteitsfunctionaris. Voor verbinding met het management is het in ieder geval aan te raden een vertegenwoordiger van het management te laten deelnemen aan de projectgroep. Denk verder aan een kwaliteitsfunctionaris, een in palliatieve zorg gespecialiseerde medewerker of een bevlogen medewerker met een hart voor de palliatieve zorg.

Het belangrijkste is dat de projectgroepleden de werkgroep goed kunnen informeren en motiveren.

Plan van aanpak opstellen

Via het maken van een plan van aanpak, stel je vast waarom je de Zelfevaluatie wilt uitvoeren en wat het de organisatie op moet leveren. Ook schrijf je op wie alle betrokkenen zijn, maak je een tijdsplanning en leg je de financiën vast. Denk bij dit laatste aan de kosten van huur overlegruimtes, catering en eventuele vergoeding van medewerkers. Aan het gebruik van de Zelfevaluatie, EXATA en eventuele ondersteuning vanuit PZNL zijn overigens geen kosten verbonden.

Op Palliaweb is een sjabloon plan van aanpak beschikbaar, die je naar eigen inzicht kunt invullen en aanpassen.

Werkgroep samenstellen

Vanuit iedere afdeling die de Zelfevaluatie uitvoert, moet minimaal één vertegenwoordiger aan de werkgroep deelnemen.

Om maximaal van elkaar te kunnen leren en een breed bewustzijn te creëren, is het zinvol om zoveel mogelijk perspectieven (multidisciplinair) te betrekken in de werkgroep. Denk aan verzorgenden, verpleegkundigen, artsen, geestelijk verzorgers, paramedici en vrijwilligers. Het is zeer aan te bevelen om in de werkgroep een medewerker met expertise op het gebied van palliatieve zorg te hebben om begrippen goed te duiden en te kunnen zorgen voor verdieping, zoals een kaderarts palliatieve zorg, een verpleegkundig specialist palliatieve zorg of een palliatieve zorg verpleegkundige.

Mogelijk bestaat er in de organisatie al een werkgroep palliatieve zorg of zijn er aandachtsvelders palliatieve zorg. Dan kun je hen natuurlijk inzetten, eventueel tijdelijk uitbreiden met een aantal collega's met aanvullende perspectieven.

Een afvaardiging van de werkgroep voert het dossieronderzoek uit. Je bepaalt zelf of de uitvoering hiervan voor de hele organisatie bij dezelfde medewerkers ligt of dat je hiervoor per afdeling medewerkers selecteert.

Omdat het gaat over het belang van goede zorg voor patiënten en naasten, is het zeer de moeite waard om hen te betrekken bij de Zelfevaluatie.

Tips voor je begint

Tip 1: Hoe groot maak je de Zelfevaluatie?

Zeker bij grote organisaties hoeft je niet altijd alle afdelingen te onderzoeken. Als er bijvoorbeeld op 5 psycho-geriatrietische afdelingen geen proactieve zorgplanning wordt gedaan, dan zal dit waarschijnlijk op de andere 5 ook niet gebeuren. Ook al zijn dan niet alle afdelingen betrokken geweest bij de uitvoering van de Zelfevaluatie, zij kunnen dan toch leren van de uitkomsten en het actieplan uitvoeren.

Tip 2: Pas je werkwijze aan als dat voor jouw organisatie meer oplevert en doe geen onnodig werk

De Zelfevaluatie is een instrument wat jou en de organisatie helpt om de palliatieve zorg in kaart te brengen en te verbeteren. Het is geen doel op zich. Het is daarom prima om de hier beschreven werkwijze aan te passen als dat jouw organisatie meer oplevert. Doe vooral geen onnodig werk.

Wanneer een bepaalde vraag lastig per individuele patiënt te beantwoorden is, omdat het bijvoorbeeld te lang geleden is, te veel zoeken is of te weinig relevant is voor jouw organisatie, dan kun je er ook voor kiezen één 'algemeen' antwoord per setting te geven. Bijvoorbeeld: "Wie beheert het individueel zorgplan en is verantwoordelijk voor het actueel houden en bijstellen?" Op verpleegafdeling A zijn dat over het algemeen de SOG en de verzorgende en bij wijkteam B is dat de indicierend verpleegkundige.

Soms kun je een vraag wat anders interpreteren, zodat je meer aan de uitkomst hebt. Zo zag een organisatie al snel dat er tijdens de opname in het verpleeghuis niet vaak symptoomlast werd geregistreerd. Maar symptomen in de stervensfase waren wel geregistreerd. Zij hebben toen niet in kaart gebracht welke symptomen gedurende de hele palliatieve fase aandacht krijgen, maar welke in de stervensfase aandacht krijgen.

Het is ook mogelijk om de volgorde van de fases te wijzigen. Zo kan het in sommige situaties handig zijn om te starten met het dossieronderzoek en daarna fase 1 en 2 uit te voeren. Dit werkt vooral als er ervaren

palliatieve zorg medewerkers zijn die al precies weten waar alles staat in het dossier. De uitkomsten van het dossieronderzoek kun je dan meenemen in het gesprek over de vragen van Fase 2.

Tip 3: **Patiëntenperspectief betrekken**

Je voert de Zelfevaluatie uit omdat je de best mogelijk palliatieve zorg wil leveren aan patiënten en hun naasten. Het is van enorme meerwaarde om deze perspectieven te betrekken bij de Zelfevaluatie. Informatie hierover hebben we gebundeld in een aparte beschrijving (deel B van de handleiding, paginanummer toevoegen).

Fasen van de Zelfevaluatie

De Zelfevaluatie bestaat uit verschillende fases. Iedere fase richt zich op een ander deel van de organisatie.

- De eerste fase richt zich op de visie op palliatieve zorg, zoals verwoord in beleidsstukken.
- De tweede fase richt zich op wat medewerkers in de organisatie verstaan onder palliatieve zorg en op welke manier zij daar invulling aan geven in de dagelijkse praktijk.
- In de derde fase toets je met dossieronderzoek in hoeverre essentiële aspecten van palliatieve zorg en afspraken daarover met de patiënt en naasten in het zorgdossier zijn vastgelegd.
- In de vierde en laatste fase gaan de projectgroep en werkgroep met elkaar de uitkomsten analyseren. Hierdoor krijg je zicht op waar de organisatie staat op het gebied van palliatieve zorg, wat de sterke punten zijn en waar verbetering mogelijk is.

Verloop van de Zelfevaluatie

Start van de Zelfevaluatie

De Zelfevaluatie start met een Kick-off waarin de projectleider de werkgroep meeneemt in de basis van de palliatieve zorg en het hoe en waarom van de Zelfevaluatie. Hiervoor kan de projectleider gebruik maken van een powerpointpresentatie (te downloaden op Palliaweb).

Verloop van een fase

De projectgroep bereidt iedere fase van de Zelfevaluatie voor, inclusief de verdeling van taken. Hierbij kun je een manier kiezen die bij de organisatie past en waarvan je verwacht dat de Zelfevaluatie het meeste opbrengt.

Bijvoorbeeld: De ene organisatie kiest ervoor de fases in vaste volgorde uit te voeren en veel tijd te besteden aan discussie en gesprek tijdens het dossieronderzoek door de volledige werkgroep. Een andere organisatie begint met het dossieronderzoek door twee medewerkers om vervolgens meer tijd te besteden aan het bespreken van opvallende uitkomsten daarvan met de werkgroep.

Vervolgens voer je de verschillende fases uit en leg je de uitkomsten vast. Dat kan rechtstreeks in EXATA. Het kan ook prettig zijn om de resultaten eerst op papier of digitaal in een eigen document vast te leggen en het na afloop in te voeren in EXATA.

De projectgroep bespreekt de uitkomsten van iedere fase. Zij zorgen ook voor een terugkoppeling hiervan naar de werkgroep.

Afronding van de Zelfevaluatie

Wanneer de eerste drie fases van de Zelfevaluatie zijn uitgevoerd, analyseren de projectleider/projectgroep en werkgroep zelf de uitkomsten. Dit leidt niet tot een oordeel, er is geen goed of fout. De Zelfevaluatie levert inzicht in waar je tevreden of zelfs trots op bent met betrekking tot palliatieve zorg en waar je zelf mogelijkheden tot verbeteren ziet om mee aan de slag te gaan.

Begin met de stap waarvan je de meeste impact voor patiënten en naasten verwacht, omdat dat de bron is van de motivatie van medewerkers. Op een later moment kunnen de puntjes op de i.

Fase 1. Visie op palliatieve zorg

Deze fase bestaat uit het invullen van een vragenlijst en het organiseren van een kick-off meeting.

Vragenlijst

De projectleider en/of projectgroep beantwoordt de vragen op basis van beschikbare beleidsstukken, zoals een jaarplan, scholingsplan, werkinstructies, etc.

Deze vragenlijst beslaat drie: visie en beleid op palliatieve zorg, deskundigheid en netwerk.

De uitkomsten kun je toevoegen in de powerpointpresentatie, zodat je tijdens de kick-off meeting met de werkgroep deze resultaten kunt bespreken.

Het kan waardevol zijn om de werkgroep ook al te betrekken bij het beantwoorden van de vragenlijst in fase 1. Op deze manier neem je bij het opzoeken en lezen van beleidstukken ook het perspectief mee van collega's die niet dagelijks met beleid bezig zijn.

Kick-off

Tijdens de kick-off meeting neemt de projectleider de werkgroep (en eventuele andere geïnteresseerden) mee in het hoe en waarom van de Zelfevaluatie. Naast het algemene doel van de Zelfevaluatie, kun je aandacht schenken aan de specifieke aanleiding en het doel voor de eigen organisatie. De powerpointpresentatie kun je als basis gebruiken en naar eigen inzicht aanpassen.

Vervolgens presenteert de projectleider de uitkomsten van Fase 1 en vraagt de werkgroep daarbij om reflectie.

Achter in de powerpointpresentatie staat ook een beknopte weergave van de 8 essenties van het Kwaliteitskader palliatieve zorg, met verschillende linkjes naar meer informatie. Hiermee kun je de relatie tussen de Zelfevaluatie en het Kwaliteitskader verhelderen en begrippen verduidelijken.

Fase 2. Palliatieve zorg in de praktijk

Je kunt ervoor kiezen Fase 2 direct aansluitend op de kick-off bijeenkomst te doen of juist kiezen voor twee aparte bijeenkomsten. Hierin spelen vooral tijd, efficiëntie en beschikbaarheid medewerkers een rol in de keuze.

Deze fase bestaat uit het beantwoorden van vragen waarmee de werkgroep met elkaar vaststelt, wat ze verstaan onder bepaalde begrippen, zoals markering, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. Daarnaast stelt men vast wat daarover dan in het zorgdossier zou moeten staan en op welke plek, zodat tijdens het dossieronderzoek in fase 3 gericht gezocht kan worden. Voor het voeren van het gesprek met de werkgroep kun je opnieuw de powerpointpresentatie gebruiken. De vragen uit de Zelfevaluatie staan in die presentatie gegroepeerd per onderwerp.

Succesfactor: voor het verkrijgen van de beste antwoorden uit de werkgroep, is het belangrijk dat de gespreksleider ruime kennis heeft van palliatieve zorg en de begrippen kent zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader. De gespreksleider kan daardoor doorvragen en tot de kern komen.

Varianten: Je kunt fase 2 op verschillende manieren uitvoeren, zoals het bij de organisatie past.

- De vragen plenair in één of meerdere werkgroepsessies bespreken.
- De vragenlijst vooraf rondsturen en er daarna met elkaar over discussiëren.
- De vragenlijst door de projectgroep of deel van de werkgroep laten invullen, rondsturen en er daarna met elkaar over discussiëren.
- Interviews houden met verschillende betrokkenen en de uitkomsten bespreken in de werkgroep.

Fase 3. Dossieronderzoek

In fase 3 staat het dossieronderzoek centraal.

De ervaring leert dat het dossieronderzoek het best uit te voeren is door een beperkte groep medewerkers, dat goed bekend is met het patiëntendossier. De aanwezigheid daarbij van iemand die gewend is methodisch/onderzoeksmatig informatie op te zoeken, kan prettig zijn.

Om een realistisch beeld te krijgen, adviseren we om per team/afdeling/locatie tenminste 5 dossiers te raadplegen. Voor de verschillende settingen kan dit het volgende betekenen:

- Ziekenhuis: als van een ziekenhuis 4 afdelingen meedoen, raadpleeg je per afdeling 5 dossiers, in totaal dus 20 dossiers.

- Hospice: in een hospice raadpleeg je in totaal 5 dossiers.
- Als een VVT-organisatie meedoet met 3 verpleeghuisafdelingen en 2 wijkteams, raadpleeg je per team/afdeling 5 dossiers, in totaal dus 25 dossiers.

Verlies niet het doel van de Zelfevaluatie uit het oog: inzicht krijgen in de huidige stand van zaken van palliatieve zorg in de eigen organisatie.

Wanneer na 5 dossiers een totaal divers beeld is ontstaan, loont het wellicht de moeite om nog een paar extra dossiers te raadplegen.

Anderzijds, als in een grote VVT-organisatie 3 dossiers per afdeling al een consistent beeld geven, op basis waarvan conclusies mogelijk zijn, dan is 5 dossiers per afdeling geen doel op zich.

Uit de praktijk: een organisatie wilde grondig te werk gaan en had zich voorgenomen om 20 dossiers per afdeling te raadplegen. Dit bleek onnodig. Na 15 dossiers per setting was het beeld volstrekt helder en kwamen er geen nieuwe inzichten meer.

Vorbereiding dossieronderzoek

- Selecteer op de meest recent overleden patiënten (tot maximaal 12 maanden terug).
- Selecteer alleen patiënten van wie het overlijden niet onverwachts kwam.
- Zorg dat de onderzoekers toegang hebben tot de geselecteerde dossiers (vaak zijn dossiers 'op slot' na het overlijden van de patiënt).
- Het kan handig zijn dat er iemand van de ICT-afdeling beschikbaar is voor onverwachte technische problemen tijdens het dossieronderzoek.
- Zorg dat er voldoende middelen (laptops) beschikbaar zijn voor de toegang tot het dossier en het verwerken van de uitkomsten.
- Het eerste dossier kost veel tijd, reken op 1 tot 2 uur. Daarna gaat het aanzienlijk sneller en kom je uit op zo'n 20-25 minuten per dossier.
- Gebruik voor het dossieronderzoek informatie die altijd snel vindbaar is. Dus het meest actuele (laatste) zorgplan, de anamnese en gesprekverslagen. Het teruglezen van weken, maanden of zelfs jaren rapportages is niet zinvol, omdat een medewerker die de zorg voor een patiënt heeft deze informatie ook terugleest. Voor organisaties die langer dan een jaar zorg leveren aan patiënten in de palliatieve fase, ga je uit van het laatste levensjaar.

Verschillen per setting

Afhankelijk van de grootte van de organisatie en de doelstelling, kan het zijn dat je de uitkomsten van het dossieronderzoek graag per afdeling (locatie/team) of setting wilt vergelijken.

Voorbeeld 1: een grote VVT-organisatie heeft Fase 2 en 3 in vier settingen apart uitgevoerd. Op die manier konden zij achteraf de uitkomsten vergelijken tussen Zorg thuis, Wonen met behandeling, Wonen zonder behandeling en het hospice. Dat gaf ook inzicht in welke deel van de organisatie iets kan leren van een ander deel van de organisatie.

Voorbeeld 2: Een kleine thuiszorgorganisatie die zorg levert in een aantal bijna-thuis-huizen, maakte geen onderscheid tussen de verschillende bijna-thuis-huizen, omdat zij vooral de eigen organisatie wilden onderzoeken.

Een dossier van A tot Z lezen in het kader van de Zelfevaluatie is ondoenlijk. Bovendien wil je dat essentiële informatie in de dagelijkse praktijk snel te vinden is. Dus bepaal je wat in jullie organisatie de logische plek is om bepaalde informatie te zoeken tijdens het dossieronderzoek. Bijvoorbeeld:

- Waarden, wensen en behoeften van een patiënten verwacht je te vinden in een zorgplan en wellicht in een anamnese.
- Van een gesprek over overwogen behandelingen en genomen besluiten (gezamenlijke besluitvorming) verwacht je een gespreksverslag.
- Sommige zorgdossiers hebben een vaste plek voor behandelwensen en -grenzen.

Voor het raadplegen van de dossiers is geen toestemming nodig van nabestaanden. Naast dat AVG niet geldt voor overleden personen, neem je geen herleidbare persoonsgegevens op in de Zelfevaluatie.

Aanpak dossieronderzoek

Er zijn verschillende manieren om het dossieronderzoek uit te voeren. Hieronder geven we een aantal tips en ervaringen mee.

Een voorbeeld van werkwijze voor het dossieronderzoek met twee medewerkers:

- Medewerker A leest de afgesproken onderdelen van het dossier van de patiënt. Medewerker A is goed bekend met hoe het dossier is opgebouwd, met de terminologie en weet goed waar te zoeken. Deze medewerker is bij voorkeur verpleegkundig specialist palliatieve zorg of palliatieve zorg verpleegkundige.
- Medewerker B zet op dat moment alvast de administratieve gegevens in EXATA.
- Medewerker B leest vervolgens de inhoudelijke vragen voor en verpleegkundige A geeft antwoord op basis van wat ze gelezen heeft. Medewerker B zet dit in EXATA.

Een voorbeeld van werkwijze dossieronderzoek met medewerkers van een team of afdeling:

- Een groep van 2 à 3 medewerkers van een team of afdeling voert het dossieronderzoek uit onder leiding van een projectteamlid die ervaring heeft met palliatieve zorg. Deze variant vraagt meer tijd van meer mensen. Met als meerwaarde dat het mogelijk is om uitgebreider te discussiëren met elkaar over hoe iets verwoord is, over wat de juiste plek is om iets vast te leggen etc. Het dossieronderzoek, wordt dan deels een verlenging van fase 2.
- Het projectteamlid houdt de regie en notuleert zaken die zijn opgevallen, aanbevelingen en suggesties voor werkafspraken om later mee te nemen in de analyse.

Tip van dossieronderzoeker: Ik stelde mijzelf steeds de vraag: *Kan ik mij op basis van dit dossier binnen 5 minuten een duidelijk beeld vormen van de patiënt en passende zorg verlenen?*

Dat kan alleen als relevante informatie, zoals waarden, wensen, behoeften en symptoomlast in het zorgplan geborgd zijn. Als je het alleen na lang speuren in de rapportage vindt, is dat iets wat je in de praktijk niet doet.

Fase 4. Analyse en verbeterplan

Generen rapport Exata

Wanneer je de uitkomsten van Fases 1 t/m 3 hebt ingevoerd in Exata, draai je daar een rapport van uit. De antwoorden uit de verschillende fases worden in dat rapport automatisch gerubriceerd per onderwerp. Waar dat nuttig is, verschijnen ook grafieken van uitkomsten.

Analyse en actieplan

Het rapport heeft onder de uitkomsten een aantal invulvelden:

- Conclusie successen en oorzaken.
- Conclusie knelpunten en oorzaken.
- Concrete verbetervoorstellen voor de korte termijn.
- Concrete verbetervoorstellen voor de lange termijn.

Tijdens de analysebijeenkomst bespreek je als projectgroep en werkgroep de uitkomsten per onderwerp en formuleer je gezamenlijk de conclusies ten aanzien van de successen en knelpunten. Ook bepaal je samen concrete verbetervoorstellen voor de korte termijn en de lange termijn.

Je kunt daarna een tweede rapport uitdraaien dat de volledige Zelfevaluatie bevat, inclusief een gericht actieplan voor de verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg in de organisatie.

B. Patiëntenperspectief betrekken bij de Zelfevaluatie

De Zelfevaluatie is gebaseerd op het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland. Het Kwaliteitskader is samen met patiënten/naasten ontwikkeld. Indirect speelt de stem van patiënten/naasten dus al een rol bij de Zelfevaluatie. In deze handleiding B beschrijven we een aantal manieren waarop je het perspectief van patiënten nog meer kunt meenemen bij de Zelfevaluatie.

Cliëntenraad

Veel zorgorganisaties hebben via de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) een verplichte cliëntenraad. Deze cliëntenraden behartigen de gemeenschappelijke belangen van patiënten. Eén van de taken van een cliëntenraad is advies geven over de zorg aan patiënten, waaronder de palliatieve zorg. De cliëntenraad kan helpen om de mening van de patiënten/naasten te vragen over de geboden palliatieve zorg. Als er geen cliëntenraad is, kun je ook een aantal patiënten/naasten vragen om in een patiëntenpanel mee te denken over de palliatieve zorg in jouw zorgorganisatie. Wanneer dat niet lukt, kun je de palliatieve zorg met een enquête evalueren.

Werkwijze

Voordat je de cliëntenraad/panel vraagt naar hun mening over de geboden palliatieve zorg, is het goed om bij hen na te gaan wat zij weten over palliatieve zorg. Niet alle cliënten weten wat palliatieve zorg is. In dat geval kun je een korte uitleg over palliatieve zorg aan de cliëntenraad/panel (laten) geven. Dit kun je zelf doen of mogelijk kan een Consulent Palliatieve Zorg of een Verpleegkundig Specialist Palliatieve Zorg deze uitleg geven. De leden van de cliëntenraad/panel zouden ook de video [Wat is palliatieve zorg?](#) Of de tekst [Dit is palliatieve zorg](#) op de website [Over palliatieve zorg](#) kunnen bekijken.

Weet de cliëntenraad/panel wat palliatieve zorg is, dan kun je vragen of zij signalen hebben gekregen over de kwaliteit van de palliatieve zorg in de organisatie. Zij kunnen aangeven of er patiënten/naasten zijn geweest die feedback hebben gegeven op de manier waarop de palliatieve zorg in jouw organisatie wordt gegeven. In het gesprek met de cliëntenraad kan het helpen om bijvoorbeeld (een selectie van) onderstaande vragen te stellen. Deze vragen hebben een directe link met de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor zorgorganisaties:

Markering

- Is er met patiënten/naasten gesproken over het niet meer beter worden/kwetsbaarheid en hoe dit proces zal verlopen?
- Hebben patiënten/naasten voldoende en begrijpelijke informatie gekregen over wat de palliatieve fase inhoudt?

Gezamenlijke besluitvorming

- Hebben de patiënten/naasten voldoende informatie gekregen over de aard van de ziekte/kwetsbaarheid en prognose?
- Hebben patiënten/naasten voldoende informatie gekregen over de behandelopties en de keuze wel of niet behandelen?
- Is met patiënten/naasten besproken welke zorg het beste bij de patiënt past. Zijn hierbij alle opties, voor- en nadelen en voorkeuren besproken?

Proactieve Zorgplanning

- Is met patiënten/naasten o.a. gesproken over de plaats van sterven, (niet) behandelafspraken, ziekenhuisopnames, levenseinde beslissingen, levensbeschouwing en culturele achtergrond?
- Is met patiënten/naasten gesproken over wat hun wensen en grenzen zijn in de laatste levensfase?
- Hebben patiënten/naasten het gevoel dat er voldoende naar hun wensen en grenzen is geluisterd?

Contactpersoon

- Weten de patiënten/naasten waar zij terecht kunnen met vragen over hun wensen voor de laatste levensfase en om de onderwerpen die zij belangrijk vinden in het leven te bespreken?
- Weten de patiënten/naasten wie hun vaste contactpersoon is?
- Konden patiënten/naasten de contactpersoon goed bereiken als ze vragen of hulp nodig hadden?

Continuïteit van zorg

- Vinden patiënten/naasten dat gemaakte afspraken goed worden nagekomen of moeten zij zelf achter de afspraken aan gaan?
- Hebben patiënten/naasten het gevoel dat er voldoende afstemming is tussen de verschillende zorgverleners of moeten zij telkens hetzelfde verhaal vertellen?
- Weten patiënten/naasten dat een geestelijk verzorger hen zou kunnen helpen bij zingevingsvragen en weten zij hoe ze deze kunnen bereiken?

Extra vragen voor patiënten/naasten die niet in de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor zorgorganisaties staan, maar wel zijn opgenomen in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg:

Zorg

- Zijn de naasten tevreden over de geboden palliatieve zorg?

Mantelzorg

- Hebben de naasten voldoende steun ervaren bij de zorg van de patiënt?

Nazorg

- Vinden de naasten dat zij, nadat de patiënt is overleden, voldoende nazorg/begeleiding hebben gekregen?
- Geven naasten aan dat zij, achteraf kijkend, andere keuzes zouden hebben gemaakt?

Je kunt de cliëntenraad ook veel directer betrekken bij de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor zorgorganisaties. Bij het begin van de Zelfevaluatie kun je met de cliëntenraad overleggen hoe zij hierbij betrokken willen worden. Dit kan op drie manieren; van weinig betrokken tot gelijkwaardig lid van de werkgroep:

- Een beperkte vorm van het betrekken van de cliëntenraad is om hen feedback te vragen op de verbeterplannen die op basis van de Zelfevaluatie zijn gemaakt.
- Je kunt de cliëntenraad ook eerder betrekken door de resultaten van de Zelfevaluatie met hen te bespreken. Met hen bespreek je dan of zij de uitkomsten herkennen uit ervaringen van patiënten/naasten. Vervolgens kun je samen met hen kijken welke uitkomsten er als eerste worden aangepakt.
- In de optie waarbij de cliëntenraad het best betrokken is, zijn zij vanaf het begin van de Zelfevaluatie een gelijkwaardig lid van de werkgroep die de Zelfevaluatie uitvoert, en betrokken bij alle werkzaamheden.

C. Exata (het digitale programma)

Over de software

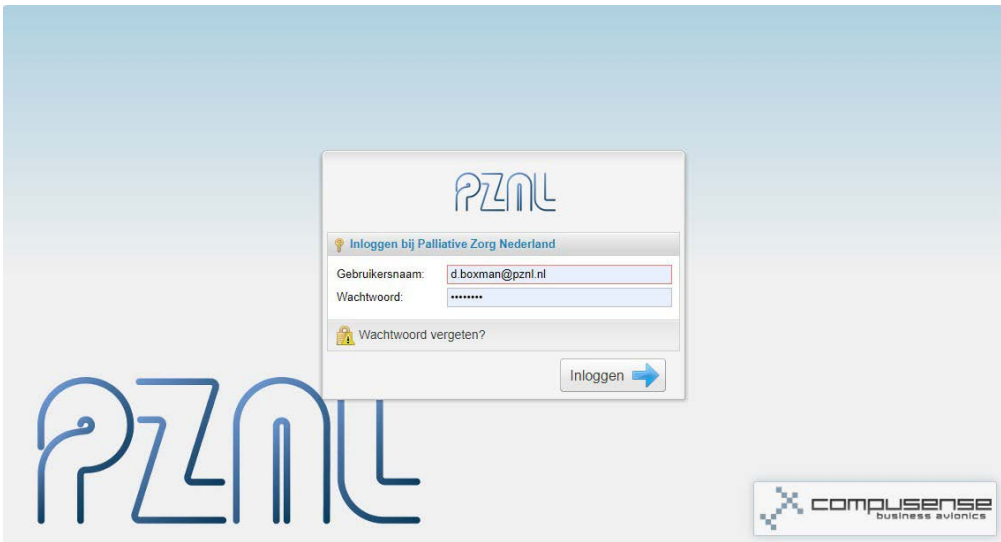
Stichting PZNL maakt voor de Zelfevaluatie voor zorgorganisaties gebruik van Exata.
Deze handleiding beschrijft het gebruik van Exata.

Inloggegevens

De inloggegevens ontvangt je van Stichting PZNL.
Om in te loggen in Exata volg je onderstaande stappen:

- 1. Ga naar: <https://pznlexata.nl>
- 2. Vul je gebruikersnaam en wachtwoord in.
- 3. Druk op enter of klik op 'Inloggen'.

2



Figuur 1: Inlogscherm

Wachtwoord wijzigen

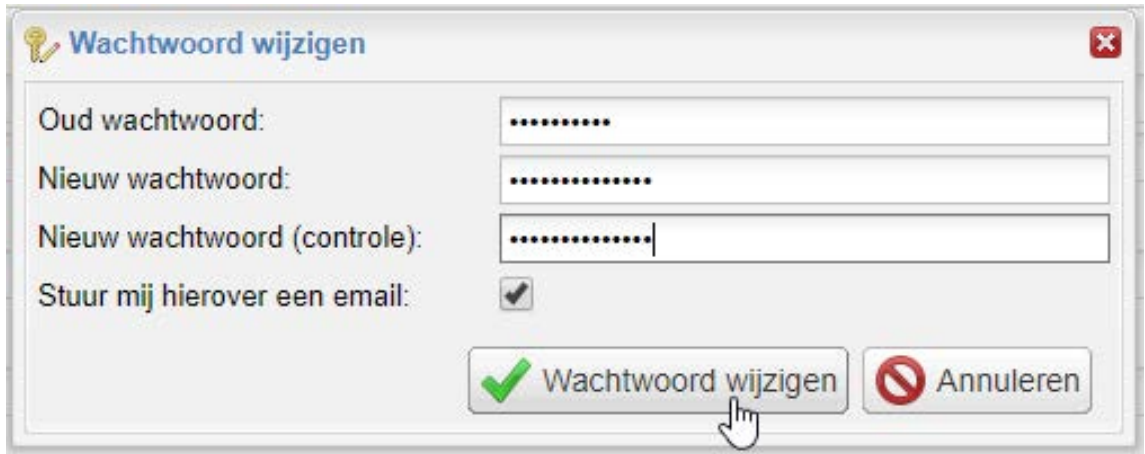
Nadat je bent ingelogd, kun je het wachtwoord als volgt wijzigen:

- Klik op je e-mailadres links naast het kopje uitloggen (rechts boven in het scherm):



Figuur 2: Persoonlijke gegevens bekijken en wijzigen

- Klik links onder in het scherm op wachtwoord wijzigen.
- Voer het oude wachtwoord in en vervolgens tweemaal het nieuwe wachtwoord.
- Klik op wachtwoord wijzigen.



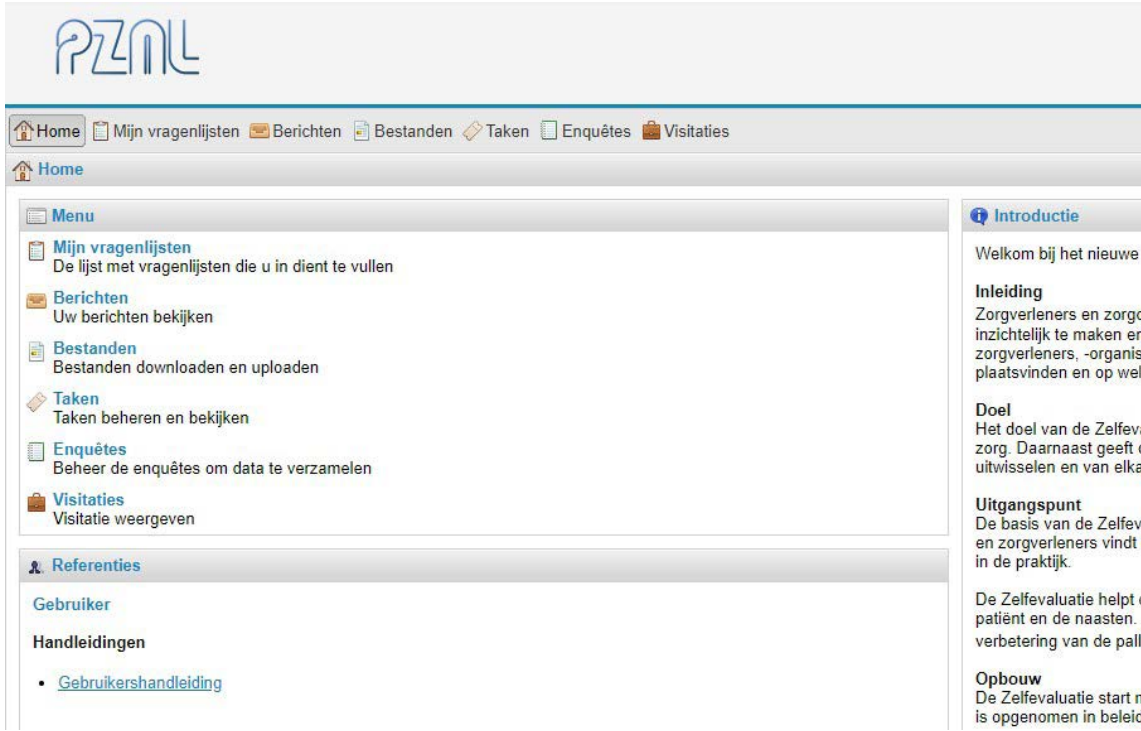
Figuur 3: Wachtwoord wijzigen

Wachtwoord vergeten

Wanneer je het wachtwoord vergeten bent, kun je een nieuwe aanvragen door te klikken op wachtwoord vergeten (zie figuur 1). Het nieuwe wachtwoord wordt naar jouw e-mailadres gestuurd.

Startscherm

Wanneer je bent ingelogd wordt het startscherm getoond (figuur 4).



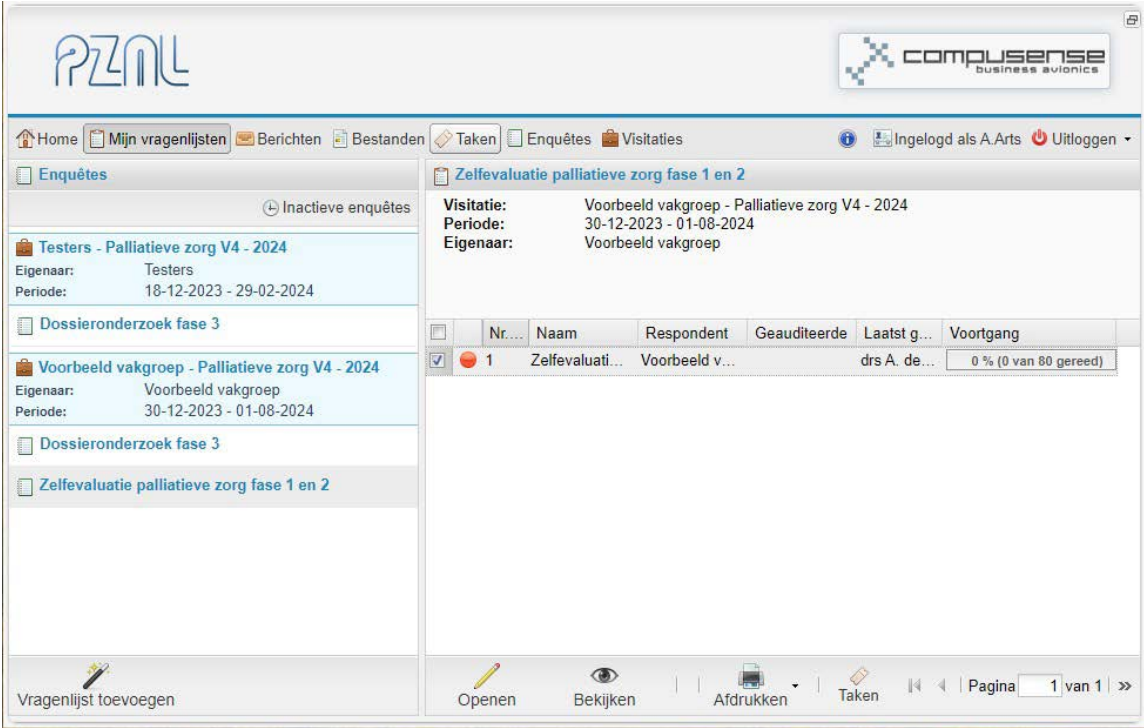
Figuur 4: Openingscherm

1

Bovenin zie je de horizontale selectiebalk (1). Het menu (2) laat dezelfde opties zien als de selectiebalk. Het menu is alleen zichtbaar in het startscherm. Gebruik daarom alleen de horizontale balk.

Vragenlijst invullen

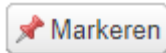
Klik op Mijn Vragenlijsten in de selectiebalk (zie figuur 4). Je komt in onderstaand scherm.



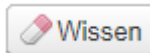
Figuur 5: Vragenlijsten invullen

Om een vragenlijst te kunnen openen klik je links in het scherm op de vragenlijst die je wilt openen. Vervolgens klik je onder in het scherm op 'Openen'. Na het invullen van de vragenlijst klik je op sluiten, dan worden de gegevens opgeslagen.

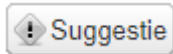
Achter iedere vraag zijn een aantal iconen zichtbaar.



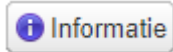
Als er een vraag is waar je later mee verder wilt gaan, kun je deze hiermee markeren. Hierdoor zal het hoofdstuk waar deze vraag in voor komt, links in de boom rood gehighlight worden.



Met deze knop kun je het antwoord op deze vraag in één keer wissen.



Met deze knop kun je een suggestie doen om deze vraag te verbeteren.



Achter enkele vragen is een informatieknop te vinden. Door op deze knop te klikken, zal er een venster openen met hierin uitleg over een begrip in de vraag.

Na het openen van de vragenlijst, zie je aan de linkerkant van het scherm de boom met verschillende onderdelen van de vragenlijst.

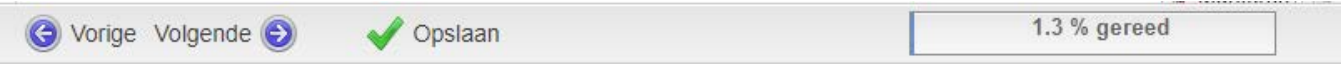


Figuur 6: Vragenlijst onderdelen

Een groen vinkje voor het hoofdstuk betekent dat deze volledig is ingevuld.

Een geel potlood voor het hoofdstuk betekent dat deze deels is ingevuld.

Onder in de vragenlijst is de volgende balk te zien:



Met de knoppen 'Vorige' en 'Volgende' kun je tussen de verschillende hoofdstukken navigeren. Tevens is hier de voortgangsbalk terug te vinden.

LET OP: navigeer alleen met de knoppen in het programma, niet met de knoppen van je browser.

Je kunt per vragenlijst de voortgang zien. Wanneer je alle vragen in de desbetreffende vragenlijst hebt beantwoord, staat de voortgang op 100%.

Zelfevaluatie palliatieve zorg fase 1 en 2						
Visitatie:		Testers - Palliatieve zorg V4 - 2024				
Periode:		18-12-2023 - 29-02-2024				
Eigenaar:		Testers				
☐	Nr...	Naam	Respondent	Geauditeerde	Laatst geope...	Voortgang
☒	1	Zelfevaluatie palli...	Testers		D. Boxman	38 % (37 van 97 gereed)

Figuur 7: Voortgang vragenlijsten

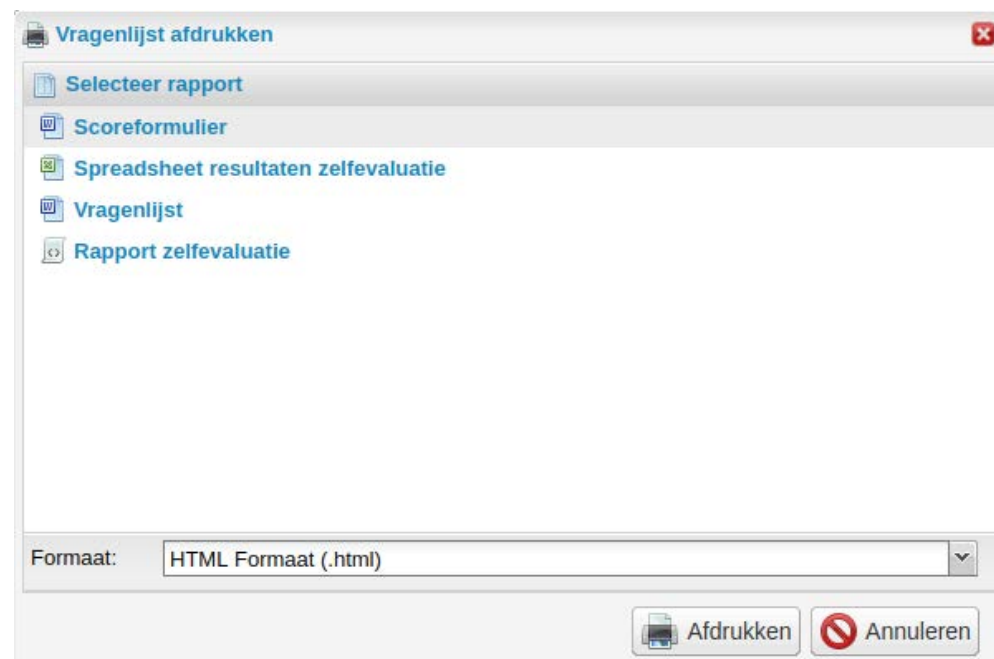
Rapporten

Je kunt een overzicht maken van de door jou ingevoerde antwoorden. Ga naar 'Mijn vragenlijsten'. Selecteer de vragenlijst waarvan je de resultaten wilt bekijken. Klik vervolgens bovenin op 'Afdrukken'.



Figuur 8: Rapport afdrukken

In het venster dat nu opent, kun je een keuze maken om de resultaten in verschillende formaten te openen.



Figuur 9: Rapport afdrukken

Het eerste rapport is een beknopte versie van het scoreformulier.

Het tweede rapport is een samengesteld rapport van de vragenlijsten in Microsoft Excel formaat.

Het derde rapport geeft een overzicht van de gegeven antwoorden per vraag van de geopende vragenlijst.

Het laatste rapport is het rapport "uitkomsten Zelfevaluatie palliatieve zorg" met grafieken.

Contact

Bij technische vragen over de applicatie Exata kun je terecht bij de helpdesk van Compusense via 071-5190326/helpdesk@compusense.nl.

Bij inhoudelijke vragen over de Zelfevaluatie kunt contact opnemen met uw netwerkcoördinator of Team Zelfevaluatie van PZNL via zelfevaluatiepz@pzn.nl

Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Opbouw

In dit deel van de gids draait het om de Zelfevaluatie zelf. Hierin staan alle vragen onderverdeeld in fase 1, fase 2 en fase 3. In alle fasen staan daarbij teksten uit het Kwaliteitskader, om de onderwerpen en begrippen te duiden.

De Zelfevaluatie start in fase 1 met een algemeen hoofdstuk over de kernwaarden en principes met uiteenzetting van deze begrippen. Dit betreft domein 1 van het Kwaliteitskader en vormt de basis van de andere domeinen in het Kwaliteitskader. Het is daarmee ook de basis voor hoe een organisatie palliatieve zorg vorm en inhoud geeft. Daarna volgen vragen over de organisatie en het beleid, deskundigheid en netwerk

In fase 2 staat een selectie van de domeinen uit het Kwaliteitskader centraal. Deze hebben betrekking op waarden, wensen en behoeften van patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Elk onderdeel start met een inleidende tekst afkomstig uit het Kwaliteitskader met de bijbehorende standaard (de beste manier van handelen) en een uitspraak van een patiënt en/of naaste welke uitdrukking geeft aan zijn waarden, wensen en behoeften. Daarnaast volgen de vragen aan de organisatie over hoe zij hierin staan. We adviseren de criteria uit het Kwaliteitskader hierbij te raadplegen. Het biedt handvatten bij het beantwoorden van de vragen.

In fase 3 tot slot staan de vragen voor het dossieronderzoek. Dit zijn de laatste vragen van de Zelfevaluatie. Hierna kun je het rapport uitdraaien voor de analysebijeenkomst (zie daarvoor verder de handleiding).

Voor uitleg van gebruikte termen (zoals proactieve zorgplanning, individueel zorgplan, centrale zorgverlener) kun je het **Begrippenkader** (palliaweb.nl/begrippenkader) behorend bij het Kwaliteitskader raadplegen.

Fase 1.

Visie op palliatieve zorg

Fase 1 helpt de projectgroep een helder beeld te krijgen van de visie van de organisatie op palliatieve zorg. Wat staat er in beleidsdocumenten over onder andere palliatieve zorg, proactieve zorgplanning, deskundigheid en netwerk?

De uitkomsten hiervan vormen het uitgangspunt voor de werkgroep om door te gaan met fase 2 en 3 van de Zelfevaluatie.

De volgende onderwerpen komen in fase 1 aan bod:

1. Kernwaarden en principes [Domein 1]
2. Gegevens organisatie
3. Structuur organisatie
4. Beleid
 - Perspectief patiënten en naasten
 - Palliatieve zorg
 - Persoonlijke balans
 - Stimulatie vanuit de organisatie
5. Deskundigheid [Domein 2: structuur en proces, 2.9]
6. Netwerk [Domein 2: structuur en proces, 2.8]

Voorbereiding

Om een goed beeld van de organisatievisie op palliatieve zorg te krijgen, ga je na wat de organisatie hierover in beleidsstukken heeft geschreven.

Je kunt dan denken aan:

- Beleidsplan
- Jaarplan
- Jaarverslag
- Scholingsplan/activiteiten ter bevordering van de deskundigheid
- Samenwerkingsafspraken t.a.v. palliatieve zorg
- Taak- en functieomschrijving van in palliatieve zorg opgeleide zorgverleners en eventueel vrijwilligers
- Interne documenten over bepaalde werkwijzen binnen de organisatie (markering van de palliatieve fase, gebruik van meetinstrumenten, hoe interne specialisten PZ geconsulteerd kunnen worden etc)

1. Kernwaarden en principes

Inleiding

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken:

- De zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden.
- Generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een multidisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften.
- De centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit.
- De wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid, worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.

Onderstaande kernwaarden beschrijven de basiswaarden van goede zorg aan de patiënt in de palliatieve fase en diens naasten. Principes beschrijven houding en gedrag van zorgverleners waarmee de kernwaarden gerealiseerd kunnen worden.

Kernwaarden

1. Ieder mens is uniek. Zorg wordt geboden met respect voor de autonomie van de patiënt en wordt afgestemd op de eigenheid en de kwaliteit van leven, zoals elk mens deze voor zichzelf definieert of ervaart. Zorg kan alleen geboden worden wanneer de patiënt en naasten bereid zijn deze te accepteren.
2. De zorgverlener gaat met de patiënt en diens naasten een relatie aan gebaseerd op wederzijds respect, integriteit en waardigheid. De omgeving waarin zorg wordt geboden is dusdanig ingericht dat de patiënt zich veilig, gezien en gehoord voelt.
3. De zorg wordt afgestemd op de (inter)persoonlijke, culturele en levensbeschouwelijke waarden, normen, wensen en behoeften rondom leven, ziek zijn en sterven van de patiënt en diens naasten.
4. De zorgverlener heeft oog voor de grote impact die confrontatie met de naderende dood heeft voor de patiënt en diens naasten. De zorgverlener beseft dat dit invloed kan hebben op hoe iemand naar zichzelf en zijn leven kijkt.

Principes

1. De patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger heeft regie over zijn zorg en bepaalt hoe en welke naasten en zorgverleners daarbij betrokken zijn. De zorg en aandacht is liefdevol en steeds gericht op zowel de patiënt als diens naasten.
2. Alle zorg wordt verleend op een manier die:
 - veiligheid en geborgenheid biedt, zonder oordeel, dwang, discriminatie of intimidatie.
 - ruimte biedt voor zelfverwerkelijking.
 - geen onnodig risico of last oplevert.
 - continuïteit biedt.
 - onnodige dubbelingen en herhaling voorkomt.
 - privacy en vertrouwelijkheid borgt.
 - in lijn is met (landelijke) wet- en regelgeving.
3. Effectieve communicatie vormt, samen met gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, de basis voor zorgverlening, waarin de patiënt en diens naasten centraal staan.
4. De zorg is multidimensioneel van aard en heeft aandacht voor het welbevinden op zowel de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van het individu.

De geboden zorg komt zo goed als mogelijk tegemoet aan de waarden, wensen, behoeften, en omstandigheden van de patiënt en diens naasten.
6. Samen met de patiënt en diens naasten wordt voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie proactief geïnventariseerd en vastgelegd voor welke situaties:
 - ontstaan kan worden met alledaagse aandacht.
 - behoefte bestaat aan begeleiding of behandeling.
 - crisisinterventie noodzakelijk is.
7. Palliatieve zorg wordt in principe interdisciplinair geleverd. Zorgverleners en vrijwilligers vormen een persoonlijk en dynamisch team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten. Waar nodig laten generalistische zorgverleners zich adviseren of ondersteunen door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.
8. De zorg wordt geleverd op basis van best beschikbare bewijsvoering (evidence-based). Bij gebrek aan bewijs wordt de zorg geleverd op basis van consensus (experience-based).
9. Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's.

2. Gegevens organisatie

Algemeen over de organisatie

- 2.1 Naam organisatie
- 2.2 Postcode en plaats
- 2.3 Netwerk
- 2.4 Datum start Zelfevaluatie

Gegevens over de setting waar de Zelfevaluatie wordt uitgevoerd

- 2.5 Betrokkenen (rol, naam, functie en locatie/afdeling/team)
 - *Opdrachtgever*
 - *Projectleider*
 - *Lid projectgroep (kunnen meerdere personen zijn)*
 - *Lid werkgroep (zullen meerdere personen zijn)*
 - *Netwerkcoördinator*
 - *Stichting PZNL (eventueel)*
 - *Anders, namelijk:*
- 2.6 Binnen welke setting van de organisatie wordt de Zelfevaluatie uitgevoerd?
 - *Verzorgingshuis (wonen zonder behandeling)*
 - *Verpleeghuis (wonen met behandeling), afdeling(en) somatiek*
 - *Verpleeghuis (wonen met behandeling), afdeling(en) psychogeriatric*
 - *Verpleeghuis, palliatieve unit*
 - *Thuiszorg/wijkverpleging*
 - *Hospice/bijna-thuis-huis*
 - *Verstandelijk gehandicaptenzorg (VGZ) instelling*
 - *Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling*
 - *Ziekenhuis*
 - *Anders, namelijk:*

Zo ja, (voor elke setting): Binnen welke afdeling(en) wordt de Zelfevaluatie uitgevoerd?

Zo ja, (voor elke setting): Hoeveel afdelingen doen er in totaal mee?

3. Structuur organisatie

Onderstaande vragen zijn bedoeld om een helder beeld te krijgen van de plek van palliatieve zorg ten opzichte van de totale zorgverlening in de organisatie.

- 3.1 Aan hoeveel patiënten heeft de organisatie het afgelopen jaar zorg verleend?
 - *Aantal/Toelichting*
- 3.2 Aan hoeveel patiënten in de palliatieve fase (levensverwachting ≤1 jaar) heeft de organisatie het afgelopen jaar zorg verleend?
 - *Aantal/Onbekend/Toelichting*
- 3.3 Hoeveel overlijdens waren er afgelopen jaar?
 - *Aantal/Toelichting*

4. Beleid

Perspectief patiënten en naasten

- 4.1 Hoe wordt tijdens de totstandkoming van beleid vormgegeven aan patiëntenparticipatie?
- 4.2 Ben je van mening dat deze patiëntenparticipatie ook voldoende het palliatieve zorg perspectief meeneemt?
- 4.3 In hoeverre neemt de organisatie uitkomsten over tevredenheid van patiënten over de palliatieve zorg mee in het opstellen van beleid?
- 4.4 Hoe weet/meet de organisatie of de zorg past bij de waarden, wensen en behoeften van patiënten en naasten?

Palliatieve zorg

Ga in de beleidsdocumenten na wat er genoemd staat over palliatieve zorg.

- 4.5 Is palliatieve zorg opgenomen in het beleid?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - a. **Zo ja**, zijn er doelstellingen voor palliatieve zorg beschreven in het beleid?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - b. **Zo ja**, zijn er specifieke activiteiten om deze doelstellingen te bereiken beschreven in het beleid?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - c. **Zo ja**, is dit beleid gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.6 Is proactieve zorgplanning opgenomen als vast onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase?
 - *Ja/Nee/Toelichting*

Persoonlijke balans

Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's. Zorgorganisaties faciliteren hen hierbij.

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017, blz. 19

- 4.7 Is er in de organisatie beleid voor 'zorg voor de zorgenden'?
 - *Ja/Nee/Toelichting*

Stimulatie vanuit de organisatie

- 4.8 Op welke wijze stimuleert de organisatie hun zorgverleners ten aanzien van de volgende aspecten:
 - a. Deskundigheid:
 - b. Gezamenlijke besluitvorming:
 - c. Proactieve zorgplanning:
 - d. Gebruik van meetinstrumenten:
 - e. Consultatie:

5. Deskundigheid

Inleiding

Alle zorgverleners in Nederland worden in staat geacht generalistische palliatieve zorg te bieden aan patiënten en hun naasten en indien nodig specialistische ondersteuning te vragen. Iedere zorgverlener die betrokken is bij het verlenen van palliatieve zorg op generalistisch, specialistisch of expertniveau¹, volgt daarom passende bij- en nascholing om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Vrijwilligers hebben in veel organisaties een belangrijk aandeel in het bieden van palliatieve zorg. Zij worden pas ingezet na een gekwalificeerde basistraining. Daarnaast hebben zij een eigen kwaliteitskader.

‘Ik wil goede kwaliteit van zorg ontvangen, verleend door deskundige en evenwichtige zorgverleners’

Standaard

Zowel de zorgverlener als de vrijwilliger zijn gekwalificeerd voor de zorg die ze verlenen en houden aantoonbaar hun kennis actueel met relevante bij- en nascholing.

Domein 2.9, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

¹ zie ook het Begrippenkader: palliaweb.nl/begrippenkader.

Raadpleeg voor onderstaande vragen relevante beleidsdocumenten.

- 5.1 Hoeveel medewerkers zijn op dit moment werkzaam in de organisatie?
- *Vaste medewerkers, aantal:*
 - *Flexmedewerkers, aantal:*
 - *Vrijwilligers, aantal:*

Generalistisch niveau

- 5.2 Welke eisen stelt de organisatie aan benodigde basiskennis en -vaardigheden (inclusief communicatie) van de medewerkers op het gebied van palliatieve zorg?
- 5.3 Op welke wijze kunnen de medewerkers aan deze eisen voldoen?
- 5.4 Op welke wijze blijven de medewerkers bekwaam ten aanzien van palliatieve zorg?
- 5.5 Waar blijkt uit dat medewerkers handelen volgens beleid/minimale eisen?
- 5.6 Met welke hulpmiddelen ondersteunt de organisatie de medewerkers bij het verlenen van palliatieve zorg (denk aan richtlijnen en instructies ten aanzien van deskundigheid, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, gebruik van meetinstrumenten, consultatie)?

Specialistisch niveau

- 5.7 Hoeveel specialisten palliatieve zorg zijn op dit moment werkzaam in de organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- *Kaderartsen palliatieve zorg*
 - *Palliatieve zorg verpleegkundigen (competentieprofiel van V&VN)*
 - *Geestelijk verzorgers*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Geen*
 - *Toelichting:*
- 5.8 Op welke wijze blijven in palliatieve zorg gespecialiseerde medewerkers bekwaam en up-to-date ten aanzien van palliatieve zorg?
- 5.9 Wanneer en hoe wordt de specialist palliatieve zorg ingezet?
- 5.10 Zijn er afspraken gemaakt over consultatie van specialisten palliatieve zorg binnen de organisatie?
- *Ja/Nee/Toelichting*

Vrijwilligers

- 5.11 Welke eisen stelt de organisatie aan de vaardigheden en deskundigheid van vrijwilligers? (meerdere antwoorden mogelijk)
- *Gekwalificeerde basistraining*
 - *Opgeleid en getraind in zelfreflectie*
 - *Opgeleid in het ontwikkelen van effectieve copingvaardigheden*
 - *Anders namelijk:*
 - *Er zijn geen eisen vastgesteld*
 - *Er werken geen vrijwilligers*

6. Netwerk

Inleiding

Een netwerk palliatieve zorg is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij palliatieve zorg in een specifieke regio. De samenwerking binnen een netwerkregio moet gericht zijn op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve zorg van verantwoorde kwaliteit. Het netwerk palliatieve zorg speelt een rol in het informeren van zorgverleners over de beschikbare deskundigheid in de regio zodat patiënten en diens naasten tijdig passende zorg kunnen ontvangen. De netwerkcoördinator speelt hierin een centrale rol door dat hij initieert, adviseert en faciliteert met betrekking tot de continue verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de palliatieve zorg in de regio.

‘Ik wil, indien nodig, kunnen beschikken over passende extra ondersteuning en diensten’

Standaard

Betrokken organisaties in een regio werken effectief en efficiënt samen om te voorzien in de wensen en behoeften van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten.

Domein 2.8, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017

- 6.1 Op welke wijze is de organisatie betrokken bij het Netwerk Palliatieve Zorg?
- 6.2 Welke afspraken zijn er binnen het Netwerk over samenwerking rondom de palliatieve patiënt?
- 6.3 Welke afspraken zijn er binnen het Netwerk over overdracht van palliatieve zorg?
- 6.4 Welke afspraken zijn er binnen het Netwerk over de verwijspprocedure rond palliatieve zorg?
- 6.5 Op welke manier worden palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners/consulenten³ geconsulteerd
 - We zijn ons hiervan niet bewust
 - We maken hier geen gebruik van, omdat:
 - We maken hier gebruik van, namelijk:
Toelichting:
- 6.3 Wat is voor de organisatie de meerwaarde van het Netwerk Palliatieve Zorg?

³ In Nederland bestaat voor zorgverleners 24 uur per dag de mogelijkheid tot consultatie van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent, zie palliaweb.nl/consultatie voor meer informatie.

Fase 2:

Palliatieve zorg in de praktijk

De vragen van Fase 2 bespreek en beantwoord je samen met de werkgroep.

De volgende onderwerpen komen aan bod:

1. Markering [Domein 2.1]
2. Gezamenlijke besluitvorming [Domein 2.2]
3. Proactieve zorgplanning [Domein 2.3]
4. Individueel Zorgplan [Domein 2.4]
5. Symptoomlast op de vier dimensies [Domein 3 t/m 6]
 - *Zorg op de vier dimensies*
 - *Richtlijnen*
 - *Meetinstrumenten*
6. Coördinatie en continuïteit [Domein 2.7]
 - *Centrale zorgverlener*
 - *Interdisciplinair samenwerken en consultatie*
 - *Consultatie palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent*
7. Persoonlijke balans [Domein 1. Kernwaarden en principes]

Vorbereiding

Voorafgaand aan het invullen van de vragen van Fase 2, deelt de projectgroep de uitkomsten van fase 1 en vraagt de werkgroep om hierop te reflecteren.

1. Markering

Inleiding

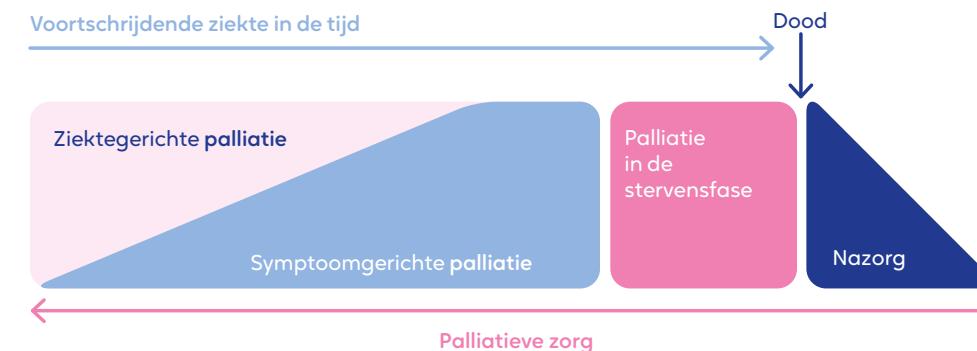
Vroege herkenning van de palliatieve fase – en inherent daaraan een ander doel van de zorg hanteren – vergt van de zorgverlener een wezenlijk andere benadering van de patiënt. Het gaat om zorg waarbij kwaliteit van leven en sterven voorop staat en waarin de voor- en nadelen in het licht daarvan tegen elkaar worden afgewogen. Dit in tegenstelling tot een behandeling waarvan de belasting en bijwerkingen noodzakelijkerwijs worden geaccepteerd vanwege de beoogde doelstelling van genezing. Een dergelijke verandering van doelstelling moet gemarkeerd en geëxpliciteerd worden.

‘Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van mijn waarden, wensen en behoeften’

Standaard

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend.

Domein 2.1, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017



Extra informatie:

- **Animatie Markering van de palliatieve fase:** in 2 minuten een beknopte samenvatting van het markeren van de palliatieve fase.
- Raadpleeg bij de beantwoording van de vragen:
 - De criteria Domein 2.1 markering op pagina 21 uit het **kwaliteitskader** (palliaweb.nl/kwaliteitskader).
 - De aanbevelingen uit Richtlijn Proactieve zorgplanning over *Wanneer starten met proactieve zorgplanning?*

- 1.1

Wat betekent het begrip markering volgens de werkgroep?
- 1.2

Hoe verloopt de markering van de palliatieve fase in de organisatie?
 - *Laatste jaar*
 - *Van ziektegerichte naar de symptoomgerichte palliatie*
 - *De stervensfase*
- 1.3

Wat verwacht de werkgroep in de zorgdossiers te vinden omtrent markering en op welke plaats(en)?
- 1.4

Welke generieke markeringsinstrumenten worden gebruikt?
 - *Surprise question*
 - *Dubbele Surprise Question*
 - *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Geen*
 - *Toelichting:*
- 1.5

Welke ziektespecifieke aanbevelingen en/of hulpmiddelen voor het inventariseren van kwetsbaarheid worden gebruikt?
 - *I-HARP (chronisch hartfalen)*
 - *Richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen (Verenso e.a, 2017)*
 - *Selecteren met ICPC codes (PaTz)*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Geen*
 - *Toelichting:*
- 1.6

Wie (disciplines) voeren de stappen - signaleren en markeren van de palliatieve fase en bespreken met patiënt en naasten - uit?

	Signaleren	Markeren	Bespreken met patiënt/naasten Start proactieve zorgplanning
Huisarts			
Specialist ouderengeneeskunde			
Specialist(en) ziekenhuis			
Arts gehandicaptenzorg			
Arts-assistent			
Verpleegkundige / Verpleegkundige specialist			
Verzorgende			
Helpende			
Geestelijk verzorger			
Maatschappelijke werker			
Psycholoog			
Psychiater			
Anders namelijk:			

- 1.6

Welke vervolgstappen worden ondernomen na de markering van de stervensfase bij een patiënt?
 - *Het Zorgpad Stervensfase wordt ingezet*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*

2. Gezamenlijke besluitvorming

Inleiding

Gezamenlijke besluitvorming is een methode van communiceren die vooral wordt gebruikt bij het nemen van belangrijke beslissingen. In het proces van gezamenlijke besluitvorming komen de zorgverlener en de patiënt met diens naasten tot besluiten die het beste passen bij de waarden, wensen en behoeften van de patiënt in die fase van zijn leven. Wederzijdse informatie-uitwisseling is hierin een essentieel onderdeel, en met name de wijze waarop deze informatie met elkaar wordt gedeeld. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een positieve attitude tegenover het proces op zich, effectieve communicatie, 'wikken en wegen', het gebruik van keuzehulpen en opname van waarden, wensen, behoeften en besluiten in het individueel zorgplan. Gezamenlijke besluitvorming vormt het uitgangspunt voor het proces van vooruitdenken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) en het eventueel opstellen van een wilsverklaring. Het moet gezien worden als de basis voor het individuele zorgplan.

'Ik wil zo lang mogelijk betrokken worden bij
- en regie hebben over - belangrijke beslissingen
m.b.t. mijn ziekte en zorg'

Standaard

Gezamenlijke besluitvorming is het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.

Domein 2.2, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief. 2017

Extra informatie:

- Voor meer verdieping bekijk de video van een minicollege (9 min.) over de dialoog en de stappen van gedeelde besluitvorming: [Samen beslissen: De dialoog tussen arts en patiënt](#).
- Raadpleeg bij de beantwoording van de vragen de Criteria Domein 2.2 gezamenlijke besluitvorming uit het **kwaliteitskader** ([palliaweb.nl/kwaliteitskader](#)).

- 2.1

Wat houdt het begrip gezamenlijke besluitvorming in volgens de werkgroep?
- 2.2

Worden keuzes voor de zorg door de patiënt en naasten samen met de zorgverlener gemaakt en zijn deze afgestemd op de persoonlijke situatie en op realiseerbare waarden, wensen en behoeften?
 - *Altijd/Meestal/Soms/Nooit/Toelichting*
- 2.3

Krijgen patiënten en/of naasten informatie over de verschillende keuzemogelijkheden, de mogelijke consequenties en bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden?
 - *Altijd/Meestal/Soms/Nooit/Toelichting*

3. Proactieve zorgplanning

Inleiding

Het proces van vooruitdenken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) heeft een positief effect op zowel het welbevinden van de patiënt en de kwaliteit van zorg (passendheid) en diens naasten (tevredenheid) als op het gezondheidssysteem (doelmatigheid). Ook kan het proces bijdragen aan het versterken van de autonomie van de patiënt in relatie tot de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming.

Proactieve zorgplanning is een continu en dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. De zorgverlener kan hier al vroeg in het ziekteproces mee starten, in het kader van bewustwording van de eigen eindigheid bij de patiënt.

Proactieve zorgplanning, met gezamenlijke besluitvorming als leidraad, is dus veel meer dan een doordachte wilsverklaring en het benoemen van een wettelijke vertegenwoordiger. Uitkomsten van het proces worden in het individueel zorgplan vastgelegd.

'Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van mijn waarden, wensen en behoeften'

Standaard

Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.

Domein 2.3, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Extra informatie:

- Voor verdieping zie de **themapagina Proactieve zorgplanning**: palliaweb.nl/pzp.
- Raadpleeg bij de beantwoording van de vragen:
 - De criteria Domein 2.3 proactieve zorgplanning uit het **kwaliteitskader** (palliaweb.nl/kwaliteitskader).
 - De aanbevelingen uit Richtlijn Proactieve zorgplanning over [Wanneer starten met proactieve zorgplanning?](#) en [Hoe wordt proactieve zorgplanning uitgevoerd?](#)

3.1 Wat houdt het begrip proactieve zorgplanning in volgens de werkgroep?

3.2 Op welke momenten in het ziekteproces vindt proactieve zorgplanning plaats?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- *Op aangeven of signalen van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers*
- *Markeren van de palliatieve fase*
- *In een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie*
- *Bij verwachte functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid*
- *Bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid*

- *Bij overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling*
- *Bij meerdere ziekenhuisopnames in een relatief korte periode*
- *Als de voordelen van ziekte- of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen*
- *Bij opname in een verpleeghuis of hospice*
- *Bij ernstig fysiek, psychisch, sociaal of spiritueel lijden*
- *Onbekend*
- *Anders, namelijk:*
- *Niet*
- *Toelichting:*

3.3 Neemt de centrale zorgverlener/regiebehandelaar⁴ van de patiënt de verantwoordelijkheid voor het proces en de coördinatie van proactieve zorgplanning?

- *Ja/Nee/Toelichting*

3.4 Welke onderwerpen worden met de patiënt en naasten besproken ten aanzien van levenseinde? (meerdere antwoorden mogelijk)

- *Eerdere gesprekken over proactieve zorgplanning en eventuele wilsverklaring*
- *Behandelwensen en -grenzen*
- *Waarden, wensen en behoeften en plaats van zorg en sterven*
- *Hoe te handelen in scenario's en crisissituaties die waarschijnlijk of mogelijk (op korte termijn) zullen optreden in het ziekteproces van de patiënt*
- *Hoe te handelen in situaties waarin overleg niet mogelijk is*
- *Onbekend*
- *Anders, namelijk:*
- *Toelichting:*

3.5 Wordt op een vaste plaats in het dossier vermeld dat er gestart is met proactieve zorgplanning?

- *Ja, op de volgende plek in het dossier/Nee/Onbekend/Toelichting*

3.6 Wordt op een vaste plek in het dossier een (narratief) verslag van een gesprek over proactieve zorgplanning opgeslagen?

- *Ja, op de volgende plek in het dossier/Nee/Onbekend/Toelichting*

3.7 Wordt zo concreet en eenduidig mogelijk beschreven wat de behandelwens of -grens is, zodat dit voor alle betrokken beroepsgroepen duidelijk is?

- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*

3.8 Worden behandelwensen en -grenzen, door of in directe afstemming met de regiebehandelaar, geactualiseerd na een vervolgesprek over proactieve zorgplanning?

- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*

3.9 Wordt altijd duidelijk in het dossier vermeld wie de wettelijk vertegenwoordiger⁵ van de patiënt is en wat diens contactgegevens zijn?

- *Ja, op een vaste plek in het dossier/Nee/Onbekend/Toelichting*

3.10 Wordt het landelijk format 'Uniform vastleggen proactieve zorgplanning' gebruikt voor het transmuraal overdragen van behandelwensen en -grenzen?

- *Ja/Nee/Niet mee bekend/Toelichting*

⁴ In het Kwaliteitskader palliatieve zorg wordt gesproken over een centrale zorgverlener, bij voorkeur de hoofdbehandelaar. Inmiddels wordt in de zorg gesproken over een regiebehandelaar, zo ook in de Richtlijn Proactieve zorgplanning.

⁵ Een wettelijk vertegenwoordiger is bij wet bevoegd om beslissingen te nemen op het gebied waarop de patiënt wilsonbekwaam is. De vertegenwoordiger treedt namens de wilsonbekwame patiënt op en behartigt diens belangen zo goed als mogelijk. De volgende personen kunnen (in rangorde) als vertegenwoordiger optreden: een door de rechter benoemde curator of mentor; een schriftelijk door de patiënt gemachtigde; de echtgenoot, geregistreerd partner of ander levensgezel; de ouder, kind, broer of zus. - Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

4. Individueel Zorgplan

Inleiding

Het gesprek met de patiënt en diens naasten over het beleid dat het best bij hem en zijn situatie past, vormt de basis van het dynamisch individueel zorgplan. De gemaakte afspraken worden hierin vastgelegd met aandacht voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welzijn. Simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als het nodig is. Vanuit persoonlijk perspectief kan de patiënt met een gedocumenteerd, geactualiseerd en gemonitord individueel zorgplan meer kennis verwerven over zijn ziekte of kwetsbaarheid, meebeslissen over beleid en behandeling en hier zo mogelijk zelf mee aan de slag gaan. Zo kan hij eigen regie en zelfmanagement behouden of vergroten. Voor de zorgverleners is het overzicht van doelen en afspraken een middel om de continuïteit van zorg te bevorderen en de betrokkenheid van de patiënt en diens naasten in het zorgproces te vergroten.

‘Ik wil dat de juiste zorgverleners op het juiste moment op de hoogte zijn van mijn waarden, wensen en behoeften’

Standaard

Elke patiënt in de palliatieve fase heeft een individueel zorgplan, dat bij de patiënt aanwezig is en zo nodig wordt bijgesteld gedurende het ziekteproces. Het individueel zorgplan is het middel om de patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en de gemaakte afspraken eenduidig en toegankelijk bij elkaar te hebben, ook in de nachten, weekenden, bij crisissituaties en in de stervensfase. Daar waar, in de context van persoonsgerichte zorg en de omstandigheden van de patiënt en diens naasten, een individueel zorgplan niet noodzakelijk wordt geacht, kan hiervan beargumenteerd en in overleg met de patiënt worden afgeweken.

Domein 2.4, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

- 4.1 Wie beheert het individueel zorgplan en is verantwoordelijk voor het actueel houden en bijstellen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- *Huisarts*
 - *Specialist Ouderengeneeskunde*
 - *Specialist Ziekenhuis*
 - *Arts gehandicaptenzorg*
 - *Arts assistente*
 - *Verpleegkundige/Verpleegkundige specialist*
 - *Verzorgende*
 - *Helpende*
 - *Geestelijk verzorger*
 - *Maatschappelijk werker*
 - *Psycholoog*
 - *Psychiater*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- 4.2 Is het individueel zorgplan elektronisch voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt zelf, beschikbaar?
- *Ja/Nee/Toelichting*
 - a. **Zo nee**, is er een papieren exemplaar aanwezig bij de patiënt?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - b. **Zo nee**, op welke manier houden de verschillende betrokkenen elkaar op de hoogte van de actuele situatie en afspraken?

5. Symptoomlast op de vier dimensies

'Ik wil kunnen rekenen op passende ondersteuning bij klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied.'

Fysieke dimensie

Inleiding

Het zorgen voor fysiek welbevinden en een goede behandeling van fysieke klachten van de patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, vormen de basis van palliatieve zorg. Ze bevorderen de psychische, sociale en spirituele kwaliteit van leven en dienen een integraal onderdeel te zijn van het palliatieve zorgplan. Symptoommanagement volgt zo veel mogelijk de voor palliatieve zorg geldende richtlijnen met aandacht voor doeltreffendheid, doelmatigheid en medicatieveiligheid. Het doel is om met de behandeling de symptoomlast te verlagen tot een voor de patiënt acceptabel niveau. Het (fysiek) welbevinden van de patiënt dient hierbij regelmatig geëvalueerd te worden. Zo mogelijk wordt daarbij gebruik gemaakt van (gevalideerde) meetinstrumenten.

Symptomen komen veelal op hetzelfde moment, wat beoordeling en behandeling complex maakt. Dit vraagt om een multidimensionale en interdisciplinaire benadering, waarbij zo nodig de hulp van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners kan worden ingeroepen. In de palliatieve zorg veel voorkomende symptomen zijn: pijn, anorexie en cachexie, obstipatie, algehele zwakte, kortademigheid en reutelen, misselijkheid en braken, vermoeidheid, delier (en agitatie), depressie, probleemgedrag bij dementie, jeuk, droge mond, hoesten, angst, vochtophoping, slaapstoornissen, incontinentie en urineretentie, diarree en hik. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor huid- en wondzorg.

Standaard

De fysieke symptomen van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid worden volgens geldende richtlijnen en inzichten behandeld, waarvan op grond van kennis en kunde gefundeerd mag worden afgeweken en waarbij behandeling is afgestemd op de individuele patiënt. De hiervoor benodigde (hulp)middelen (zoals medicatie, subcutane pompen of een hoog-laag bed) dienen in voldoende mate voorhanden te zijn.

Domein 3, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Psychische dimensie

Inleiding

Psychische klachten zoals angst en somberheid komen vaak voor bij patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Ze hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Psychische klachten kunnen fysieke symptomen als misselijkheid, kortademigheid en slapeloosheid veroorzaken, fysieke symptomen kunnen anderzijds angst en somberheid verergeren. Ook onderbehandeling van pijn kan leiden tot toename van psychische klachten. Regelmatige inventarisatie van de psychische toestand van een patiënt is een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg en alle zorgverleners die betrokken zijn bij palliatieve zorg dienen kennis te hebben van het omgaan met en behandelen van de psychische aspecten van deze zorg.

Voorlichting van de patiënt, diens naasten, betrokken zorgverleners en vrijwilligers en aandacht voor wettelijke vertegenwoordiging zijn essentiële onderdelen van het behandelplan. Bij vermoeden van een psychiatrisch toestandsbeeld wordt zo mogelijk met behulp van (gevalideerde) meetinstrumenten een gerichte screening gedaan en zo nodig wordt laagdrempelig een gespecialiseerde zorgverlener bij de zorg betrokken.

Standaard

De zorgverlener heeft samen met de patiënt en diens naasten aandacht voor de psychische gevolgen van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en de aanwezigheid van eventuele psychiatrische symptomen. Het doel hiervan is om het psychisch welbevinden van de patiënt en diens naasten te vergroten door onder meer de coping te verbeteren. De zorgverlener doet dit aan de hand van geldende richtlijnen en inzichten.

Domein 4, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Sociale dimensie

Inleiding

Een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid heeft niet alleen gevolgen voor de patiënt als individu, maar beïnvloedt ook zijn sociale functioneren door de veranderende rollen en verantwoordelijkheden van de patiënt. Daarbij treft een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid niet alleen de patiënt, maar ook de naasten, in de breedste zin van het woord. Kinderen, partners, ouders en andere familieleden, collega's, vrienden, burens, werkgevers en ook zorgverleners en vrijwilligers worden getroffen door de situatie van een individuele patiënt. Het (asynchroon verloop van het) verwerkingsproces van de patiënt en diens naasten, de veranderende rollen en verantwoordelijkheden, de communicatie met familie en vrienden, de eventuele financiële zorgen en het gesprek over nog te halen doelen, wensen en behoeften vallen allemaal onder het domein van de sociale aspecten van zorg. Deze sociale context kan van invloed zijn op de zorg en op de aard en wijze van besluitvorming van de patiënt. Om goede zorg te kunnen bieden is inzicht in deze context voor zorgverleners noodzakelijk.

Standaard

De zorgverlener staat samen met de patiënt en diens naasten stil bij hun sociale context, zodat aan hun doelen, wensen en behoeften tegemoet gekomen kan worden, sterke kanten benut kunnen worden en het welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot. Zowel de patiënt als de naasten ervaren passende aandacht en ondersteuning bij het omgaan met elkaar.

Domein 5, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Spirituele dimensie

Inleiding

Spiritualiteit speelt een belangrijke rol in hoe mensen omgaan met ziekte of kwetsbaarheid, hoe zij innerlijke rust ervaren en inzichten verwerven over wat van waarde is in hun leven. De confrontatie met de dood en beperkingen op fysiek, psychisch en/of sociaal gebied hebben invloed op het ervaren van doel en betekenis en leiden vaak tot het herwaarderen van het levensverhaal. Dit kan leiden tot verrijking, maar kan ook gepaard gaan met een spirituele worsteling. De tijd en ruimte die het individu nodig heeft om de werkelijkheid van de diagnose onder ogen te zien en deze te plaatsen in wat voor hem zin en waarde heeft in zijn leven, varieert. Het afleggen van deze weg leidt voor sommigen tot groei en transformatie, voor anderen tot existentiële crisis en wanhoop en voor de meesten tot een combinatie van beide.

Standaard

De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften.

Domein 6, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Zorg op de vier dimensies

- 5.1 Wordt er kennis gemist op de vier dimensies? Zo ja, op welke dimensies?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- *Fysiek/Psychisch/Sociaal/Spiritueel/Nee/Toelichting*
- 5.2 Worden in het individueel zorgplan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt op alle vier dimensies vastgelegd en gekoppeld aan nog te behalen doelen?
- *Altijd/Meestal/Soms/Nooit/Toelichting*
- 5.3 Wordt er structureel aandacht en ondersteuning gegeven aan de naasten?
- *Altijd/Meestal/Soms/Nooit/Toelichting*

Richtlijnen

De richtlijnen palliatieve zorg zijn multidisciplinair en waar mogelijk evidence based opgesteld. Ze zijn tot stand gekomen met de inbreng van professionals uit heel Nederland die betrokken zijn bij de palliatieve zorg. De ervaringen van onder andere artsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers zijn hiervoor benut. Ook patiënten participeren bij de ontwikkeling van richtlijnen palliatieve zorg. Richtlijnen bieden een handvat voor de brede en multidisciplinaire groep zorgprofessionals die werkzaam is in de palliatieve zorg. Hiermee kunnen zij vanuit een multidimensionele benadering de kwaliteit van zorg verhogen en beter invulling geven aan wensen, waarden en behoeften van de patiënt en naasten zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (op palliaweb.nl/richtlijnen vind je de richtlijnen die momenteel van kracht zijn).

- 5.4 Wordt er gebruik gemaakt van de landelijke richtlijnen palliatieve zorg bij de behandeling van de symptoomlast op de vier dimensies?
- *Ja we maken gebruik van de volledige richtlijnen*
 - *Ja, we gebruiken de samenvatting in de app PalliArts*
 - *Nee we maken er geen gebruik van omdat:*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- a. **Zo ja**, welke richtlijnen worden gebruikt?
- b. **Zo ja**, op welke wijze worden de richtlijnen gebruikt?
- *We raadplegen de richtlijn bij het opstellen en bijstellen van het zorgplan*
 - *We raadplegen de richtlijnen tijdens de artsensite*
 - *We raadplegen de richtlijnen tijdens het MDO of andere patiënt overleggen*
 - *We raadplegen de richtlijnen alleen bij complexe situaties*
 - *We bespreken richtlijnen tijdens scholing of team overleggen*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- c. **Zo ja**, wie gebruikt de richtlijnen?
- *Arts/Arts-assistent*
 - *Verpleegkundige/Verpleegkundig specialist*
 - *Verzorgende*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*

Meetinstrumenten

‘Meetinstrumenten in de palliatieve zorg zijn gestructureerd vormgegeven hulpmiddelen, gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, die zowel de patiënt als de zorgverlener helpen inzicht te vergroten in de problematiek van de patiënt en/of diens naasten, ter ondersteuning van de besluitvorming rond de inzet van interventies (dan wel het nalaten daarvan) en de evaluatie van de uitkomsten.’ Deze definitie is afkomstig van palliaweb.nl/meetinstrumenten.

- 5.5
- Wordt er gebruik gemaakt van meetinstrumenten in de palliatieve zorg?
- Ja, namelijk/Nee, we maken er geen gebruik van, omdat/Onbekend/Toelichting

6. Coördinatie en continuïteit

Inleiding

Naast alles wat het ziek zijn al met zich meebrengt, staat een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid met diens naasten voor de opgave om regie te houden over het eigen leven. Een uitdaging hierin wordt gevormd door een complex en gefragmenteerd zorgsysteem, waarin afgestemd moet worden tussen meerdere zorgverleners, diverse zorgsettingen en vele diagnostische en behandelinterventies. Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruitplannen en organiseren. Omdat een team van zorgverleners betrokken is bij palliatieve zorg, wordt bij iedere patiënt één eerstverantwoordelijke aangewezen, die deze taken op zich neemt. Deze zogenoemde centrale zorgverlener is het aanspreekpunt voor het gehele team, én de patiënt en diens naasten.

‘Ik wil kunnen sterven op mijn plek van voorkeur met voor mij passende zorg’

Standaard

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Domein 2.7, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar⁶, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.

6 De officiële, juridische term voor hoofdbehandelaar is nu de regiebehandelaar.

- 6.1 Wat verstaat de werkgroep onder de centrale zorgverlener?
- 6.2 Heeft elke patiënt in de palliatieve fase een centrale zorgverlener?
- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*
- a. **Zo ja**, hoe wordt bepaald wie de centrale zorgverlener is?
- *Hier is geen vaste werkwijze voor*
 - *Dit is de regiebehandelaar (in het verleden hoofdbehandelaar)*
 - *Dit is de persoonlijk begeleider van de woning waar de patiënt woont*
 - *Dit is de eerstverantwoordelijke zorgverlener*
 - *De rol van centrale zorgverlener is niet vast belegd bij iemand, binnen het team wordt besproken wie ruimte heeft om deze rol in te vullen*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- b. **Zo ja**, zijn er afspraken met de patiënt en naaste over hoe, waarvoor en wanneer hij zijn centrale zorgverlener kan bereiken?
- *Dit weet de patiënt niet*
 - *Dit wordt bij opname met de patiënt besproken*
 - *Het staat in het dossier van de patiënt*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- c. **Zo ja**, hoe worden betrokken zorgverleners geïnformeerd over wie de centrale zorgverlener is van een patiënt?

Interdisciplinair samenwerken en Consultatie

Door een gezamenlijke benadering van alle actuele en potentiële vragen rondom een patiënt, kan meer bereikt worden dan door iedere vraag apart te benaderen. Hiertoe dient interdisciplinair gewerkt te worden. Dit vraagt om een goede samenwerkingsrelatie, zodat methodisch gewerkt kan worden op basis van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied.

Standaard

De multidimensionele benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team wordt gevormd door zorgverleners en vrijwilligers in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten.

(Domein 2. Structuur en proces, 2.5 Interdisciplinair samenwerken)

- 6.3 Wat verstaat de organisatie onder multidisciplinair overleg (MDO)?
- 6.4 Worden actuele en te verwachten problemen op alle vier dimensies structureel besproken tijdens een MDO?
- *Altijd/Meestal/Soms/Nooit/Toelichting*
- 6.5 Zijn de uitkomsten (inclusief Overwegingen) van het MDO terug te vinden voor alle betrokken zorgverleners?
- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*
- 6.6 Worden bij complexe situaties in de palliatieve fase andere disciplines binnen de organisatie geconsulteerd?
- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*
- a. **Zo nee**, waarom niet?
- *Niet duidelijk welke andere discipline geraadpleegd kunnen worden voor consultatie*
 - *Niet duidelijk hoe andere discipline geraadpleegd kunnen worden voor consultatie*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Toelichting:*
- 6.7 Wordt het individueel zorgplan aangepast op basis van de uitkomsten van evaluaties, MDO en consultatie?
- *Ja/Nee/Toelichting*

Consultatie palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent

In Nederland bestaat voor zorgverleners 24 uur per dag de mogelijkheid tot consultatie van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent, zie palliaweb.nl/consultatie voor meer informatie.

- 6.8 Wordt er door medewerkers in de organisatie gebruik gemaakt van deze consultatiefunctie?
- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*

7. Persoonlijke balans

Inleiding

Persoonlijke balans werd bij de totstandkoming van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland als een belangrijk thema benoemd en is dan ook opgenomen in het domein Kernwaarden en principes. Naast 'persoonlijke balans' wordt er ook vaak gesproken over 'evenwichtige zorgverlener'.

Om als zorgverlener of vrijwilliger goede zorg te kunnen blijven leveren, is bewustwording van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben erg belangrijk.

Principe:

Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's.

[Domein 1, Kernwaarden en principes, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017]

7.1 In hoeverre is er ruimte voor de reflectie bij zorgverleners en aandacht voor hun persoonlijke balans?

7.2 In hoeverre of op welke wijze faciliteert de organisatie 'zorg voor de zorgenden'?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Ruimte voor informele, onderlinge ondersteuning van collega's
- Intervisie/supervisie
- Moreel beraad
- CURA: ondersteuning bij morele twijfel in de palliatieve zorg (stappenplan)
- Anders, namelijk:
- Niet
- Toelichting:

Fase 3:

Dossieronderzoek

Een kleine groep werkgroepleden voert het dossieronderzoek uit.

Gegevens uit elk dossier wordt per patiënt ingevuld.

Onderdelen die aan bod komen:

1. Kenmerken patiënt
2. Markering [Domein 2.1]
3. Gezamenlijke besluitvorming [Domein 2.2]
4. Proactieve zorgplanning [Domein 2.3]
5. Individueel zorgplan en symptoomlast op de vier dimensies [Domein 2.4 en 3 t/m 6]
6. Coördinatie en continuïteit [Domein 2.7]

1. Kenmerken patiënt

- 1.1 Binnen welke setting krijgt de patiënt zorg verleend?
 - Verzorgingshuis (wonen zonder behandeling)
 - Verpleeghuis (wonen met behandeling) afdeling(en) somatiek
 - Verpleeghuis (wonen met behandeling), afdeling(en) psychogeriatric
 - Verpleeghuis, palliatieve unit
 - Hospice/bijna thuis huis
 - Thuiszorg (wijkverpleging)
 - Verstandelijk gehandicaptenzorg (VGZ)
 - Geestelijk gezondheidszorg (GGZ)
 - Ziekenhuis
 - Anders namelijk:
- 1.2 Binnen welk team/afdeling krijgt de patiënt zorg verleend?
- 1.3 Wat is de leeftijd van de patiënt?
- 1.4 Wat is het geslacht van de patiënt?
- 1.5 Wat is de hoofddiagnose van de patiënt?
 - Oncologisch/Orgaanfalen/Degeneratieve ziekten/Infectieziekten/Frailty/Overig
- 1.6 Datum in zorg
- 1.7 Datum overleden

2. Markering

- 2.1 Is het laatste levensjaar gemarkeerd?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 2.2 Is de markering van het laatste levensjaar besproken met de patiënt en/of naasten?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 2.3 Zijn er markeringsinstrumenten gebruikt?
 - *Surprise Question*
 - *Dubbele Surprise Question*
 - *Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)*
 - *I-HARP*
 - *Richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen*
 - *Selecteren met ICPC codes (PaTz)*
 - *Anders, namelijk:*
 - *Geen*
- 2.4 Is de stervensfase gemarkeerd?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 2.5 Is de markering van de stervensfase besproken met de patiënt en/of naasten?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 2.6 Is het Zorgpad Stervensfase ingezet?
 - *Ja/Nee/Toelichting*

3. Gezamenlijke besluitvorming

- 3.1 Is er sprake van 'gezamenlijke besluitvorming'? Baseer je antwoord op onderstaande kenmerken van gezamenlijke besluitvorming:
 - Een continu proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.
 - En waarbij de patiënt en diens naasten passend zijn voorgelicht over de aard van de ziekte of kwetsbaarheid en de prognose.
 - En waarbij de patiënt en diens naasten zijn geïnformeerd over de verschillende keuzemogelijkheden, de mogelijke consequenties en bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden.
 - En waarbij de zorgverlener zich door de patiënt heeft laten informeren over wat en wie voor hemzelf van waarde is en welke waarden, wensen en behoeften in deze periode van het leven voor hem belangrijk zijn bij het maken van zijn keuzes.
- *Ja/Nee/Toelichting*

4. Proactieve zorgplanning

- 4.1 Staan waarden, wensen en behoeften beschreven in het dossier?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.2 Staat de voorkeursplaats van zorg en sterven beschreven in het dossier?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.3 Is op een vaste, hiervoor geëigende plaats in het elektronisch patiëntendossier vermeld dat er gestart is met proactieve zorgplanning?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.4 Is er een (narratief) verslag van een gesprek over proactieve zorgplanning?
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.5 Is concreet en eenduidig beschreven wat de behandelwens- of grens is?
 - a. Wat belangrijk is voor de patiënt.
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - b. Hoe te handelen in scenario's die waarschijnlijk of mogelijk (op korte termijn) zullen optreden in het ziekteproces van de patiënt.
 - *Ja/Nee/Toelichting*
 - c. Hoe te handelen in situaties waarin overleg niet mogelijk is (wie mag namens de patiënt beslissen).
 - *Ja/Nee/Toelichting*
- 4.6 Is vastgelegd wie de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt is en wat diens contactgegevens zijn?
 - *Ja/Nee/Toelichting*

5. Individueel zorgplan en symptoomlast op de vier dimensies

5.1 Methodiek palliatief redeneren

Symptoomlast op de vier dimensies

Geef per patiënt aan welke problemen op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied zijn gesignaleerd. Van ieder gesignaleerd probleem geef je aan welke stappen van het palliatief redeneren zijn uitgewerkt in het dossier.

Mocht je dit onderdeel (eerst) op papier willen uitwerken, dan is hiervoor een tabel te downloaden op palliaweb.nl/zelfevaluatie-deelnemers.

Probleem gesignaleerd? Zo ja:

- Werkhypothese geformuleerd (oorzaak en beïnvloedende factoren)?
 - Doel van patiënt geformuleerd?
 - Plan gemaakt (interventies geformuleerd)?
 - Interventies uitgevoerd?
 - Effect van de interventies gemonitord?
 - Meetinstrument gebruikt?
 - Plan geëvalueerd/bijgesteld?
 - Aanvullende discipline geconsulteerd?
- 5.2 Staat in het dossier zorg voor de naasten beschreven
- *Ja/Nee/Toelichting*

6. Coördinatie en continuïteit

- 6.1 Is vastgelegd wie de centrale zorgverlener⁷ is?
- *Ja/Nee*
- 6.2 Is er een verslag van uitkomsten en overwegingen uit het MDO?
- *Ja/Nee/Onbekend/Toelichting*
- 6.3 Is zichtbaar dat het individueel zorgplan wordt aangepast op basis van de uitkomsten van evaluaties, MDO en consultatie?
- *Ja/Nee/Toelichting*

⁷ In het Kwaliteitskader palliatieve zorg wordt gesproken over een centrale zorgverlener, bij voorkeur de hoofdbehandelaar. Inmiddels wordt in de zorg gesproken over een regiebehandelaar, zo ook in de Richtlijn Proactieve zorgplanning.

stichting



mail@pzn.nl
pzn.nl

Bezoekersadres

Rijnkade 5, 4e verdieping
3511 LC Utrecht

Postadres

Postbus 19079
3501DB Utrecht