

# Gids voor zelfevaluatie palliatieve zorg

September 2018



# Gids voor zelfevaluatie palliatieve zorg

## **Auteur**

Mirjam Jansen, senior adviseur palliatieve zorg IKNL

Marieke Giesen, adviseur palliatieve zorg IKNL

Angelique de Wit, projectadviseur Stichting Fibula

## **Klankbordgroep**

Manon Boddaert, medisch adviseur IKNL

Heidi Fransen, onderzoeker IKNL

Patricia van Marion-Slootmans, Netwerk coördinator palliatieve zorg Zeeland

Desirée Meertens, Netwerk coördinator palliatieve zorg Midden Limburg

Hennita Schoonheim, Netwerk coördinator palliatieve zorg Drenthe

Versie 1.1

## **Uitgever**

Integraal Kankercentrum Nederland en Stichting Fibula

Postbus 19079, 3501 DB Utrecht

t 088 234 60 00

Deze Gids voor zelfevaluatie mag worden verspreid ten behoeve van zelfevaluatie palliatieve zorg in zorgorganisaties. Voor het gebruik van de Gids voor ander gebruik dan een zelfevaluatie in een zorgorganisatie en Netwerk Palliatieve Zorg, en voor het gebruik van delen uit de zelfevaluatie, is voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers nodig.

September 2018



# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>Algemene vragenlijst</b>	<b>9</b>
<b>Zelfevaluatie Palliatieve Zorg</b>	<b>11</b>
<b>1 Kernwaardes en principes</b>	<b>12</b>
<b>2 Markering</b>	<b>14</b>
<b>3 Gezamenlijke besluitvorming</b>	<b>19</b>
<b>4 Proactieve zorgplanning</b>	<b>22</b>
<b>5 Symptoomlast op de 4 dimensies</b>	<b>26</b>
5.1 Fysieke dimensie	26
5.2 Psychische dimensie	29
5.3 Sociale dimensie	30
5.4 Spirituele dimensie	33
5.5 Algemene vragen bij symptoomlast op de 4 dimensies	35
<b>6 Deskundigheid</b>	<b>36</b>
<b>7 Coördinatie en continuïteit</b>	<b>39</b>
<b>8 Netwerk</b>	<b>42</b>
<b>9 Individueel zorgplan</b>	<b>44</b>
<b>10 Evenwichtige zorgverleners</b>	<b>46</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>48</b>
B1 Scoringsformulier dossieronderzoek zelfevaluatie	49

# Inleiding

Zorgverleners en zorgorganisaties streven naar de beste kwaliteit van palliatieve zorg 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, externe accreditatieprogramma's en gebruik maken van meetinstrumenten<sup>1</sup>. De vraag die zorgverleners, -organisaties en samenwerkingsverbanden, zoals netwerken palliatieve zorg, zich hierbij stellen is waar gerichte verbetering van palliatieve zorg mogelijk en nodig is.

## Doel

Voortdurende evaluatie en verbetering van zorg zijn principes van kwaliteitsmanagement. De zelfevaluatie palliatieve zorg is ontwikkeld voor zorgorganisaties die samenwerken binnen een netwerk palliatieve zorg. Het doel van de zelfevaluatie is bewustwording in de zorgorganisatie en het netwerk te stimuleren, inzicht te geven waar men staat ten aanzien van aanbod en organisatie van de palliatieve zorg, en gerichte verbetering en het van elkaar leren mogelijk te maken. Het leidt niet tot een keurmerk of accreditatie. De zelfevaluatie is zowel op papier als digitaal beschikbaar

De zelfevaluatie is gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg en helpt de organisatie bij het inzichtelijk maken waar de organisatie als geheel, als afdeling of samenwerkingsverband staat ten opzichte van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en naasten. Op basis van een objectieve blik met feiten en bewijzen kunnen conclusies getrokken en aanbevelingen gegeven worden voor gestructureerde verbetering van de palliatieve zorg<sup>2</sup>. De gids nodigt uit om inzicht te krijgen op het niveau van:

- zorg
- beleid
- kwaliteitsverbetering- en borgingsproces (PDCA -cyclus)

## Uitgangspunt

De Gids voor zelfevaluatie is gebaseerd op het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#). Het kwaliteitskader geeft zicht op wat een vertegenwoordiging van patiënten, naasten en zorgverleners vindt dat de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland moet zijn. Het kwaliteitskader beoogt een leidraad te zijn voor zorgverleners voor hun werk in de praktijk.

## Werkwijze

Voordat de gids wordt ingevuld wordt er gestart met een algemene vragenlijst. Hierin worden enkele kenmerken van de organisatie uitgevraagd.

De gids bestaat uit een selectie van domeinen uit het Kwaliteitskader. Deze hebben betrekking op wensen, waarden en doelen van patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.

---

<sup>1</sup> Rapport Kwaliteitstoetsing in de palliatieve zorg, IKNL, 2015

<sup>2</sup> Domein 2.10, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017

Elk hoofdstuk wordt geopend met een uitspraak van een patiënt en/of naaste welke uitdrukking geeft aan zijn wensen en doelen. Vervolgens wordt de inleidende tekst uit het Kwaliteitskader met de bijbehorende standaard gepresenteerd en worden vragen gesteld die de organisatie kan beantwoorden. De criteria uit het Kwaliteitskader kunnen tijdens het invullen van de vragen worden geraadpleegd om te prikkelen bij en richting te geven aan het beantwoorden van de vragen.

Door intern te discussiëren over de beantwoording van de vragen, krijgen betrokkenen<sup>3</sup> zicht op waar de organisatie staat op het gebied van palliatieve zorg, wat de sterke punten zijn en waar verbetering mogelijk is. Dit biedt kansen om zowel binnen de organisatie als binnen het netwerk palliatieve zorg in gesprek te gaan over de palliatieve zorg en deze te verbeteren op organisatie- en netwerkniveau.

Bij ieder domein zijn een of meerder vragen opgenomen waarin gevraagd wordt dossiers van de laatste 10 niet onverwacht overleden te patiënten te raadplegen. Geadviseerd wordt om deze dossiers voor het invullen van de gids te verzamelen, en dossiers te gebruiken tot maximaal 12 maanden terug. Indien het aantal van 10 dossiers worden gehaald, kan een lager aantal worden gebruikt. Dit aantal kan worden ingevuld in de Algemene vragenlijst..

Om registratie van de gegevens uit de dossiers te vergemakkelijken, zijn deze vragen opgenomen in een scoringsformulier, zie bijlage 1. De uitkomsten uit het dossieronderzoek kunnen hierop worden genoteerd en kunnen worden gebruikt bij de registratie in de gids voor zelfevaluatie gids.

Voor uitleg van gebruikte termen (zoals proactieve zorgplanning, individueel zorgplan, centrale zorgverlener) kan het Begrippenkader behorend bij het kwaliteitskader worden geraadpleegd. Zie: [https://www.pallialine.nl/richtlijn/item/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=1078](https://www.pallialine.nl/richtlijn/item/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=1078).

De gids voor zelfevaluatie is digitaal beschikbaar.

Deze digitale gids voor zelfevaluatie is beschikbaar voor organisaties die lid zijn van een netwerk palliatieve zorg. Zorgorganisaties die een zelfevaluatie willen doen, kunnen dit kenbaar maken aan hun netwerkcoördinator palliatieve zorg.

De Handreiking zelfevaluatie palliatieve zorg (uitgereikt aan de netwerkcoördinator) beschrijft de achtergrond en het doel van de zelfevaluatie palliatieve zorg en biedt handvatten om deze te organiseren.

***N.B. Bij het invullen van de vragenlijsten mogen geen patiënten- en persoonsgegevens worden opgenomen in het kader van privacywetgeving.***

---

<sup>3</sup> Zorgverleners, managers, bestuurders, kwaliteitsadviseurs

### Kwaliteitscyclus

Aan het eind van elk hoofdstuk kan worden aangegeven welke fase(s) van de kwaliteitscyclus de organisatie heeft doorlopen. De manier waarop de kwaliteitscyclus is omschreven is gebaseerd op PDCA cyclus<sup>4</sup>.

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
5	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

### Vervolg

Zie hiervoor de Handreiking zelfevaluatie palliatieve zorg

### Leeswijzer

Daar waar in dit document patiënt staat kan ook worden gelezen cliënt, gast of bewoner. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld.

---

<sup>4</sup> **PDCA cyclus:** De PDCA kwaliteits- en prestatieverbeteringscyclus is een cyclus van handelingen (Plan, Do, Check, Act) gericht op continue kwaliteitsverbetering. De cyclus impliceert dat zorgprocessen kunnen worden verbeterd door telkens kleine veranderingen te introduceren en uit te proberen ('rapid cycle improvement').



# Algemene vragenlijst

1. Gegevens van de organisatie
  - Naam organisatie
  - Postcode en plaats
  - Website adres
2. Structuur organisatie
  - Organogram
3. Hoeveel 'bedden' heeft uw organisatie?
4. Hoeveel palliatieve patiënten verbleven er afgelopen jaar in uw organisatie?
5. Hoeveel nieuwe palliatieve patiënten waren er afgelopen jaar in zorg?
6. Hoeveel overlijdens waren er in uw organisatie in het afgelopen jaar?
7. Hoeveel dossiers van niet onverwacht overleden patiënten heeft u kunnen raadplegen voor het dossieronderzoek?  
(het advies is 10 dossiers te raadplegen, tot maximaal 12 maanden terug)
8. Overzicht aanwezige disciplines
  - Hoeveel specialisten palliatieve zorg<sup>5</sup> met een medische achtergrond zijn er werkzaam in de organisatie?
  - Welke opleiding hebben zij gevolgd?
  - Hoeveel specialisten palliatieve zorg met een verpleegkundige achtergrond zijn er werkzaam in de organisatie?
  - Welke opleiding hebben zij gevolgd?
9. Welke overige disciplines met specifieke kennis over palliatieve zorg zijn er werkzaam in de organisatie?
10. Welke keurmerken heeft uw organisatie behaald?

---

<sup>5</sup> **Specialist palliatieve zorg**: De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg [4] gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg]. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

---

Ter voorbereiding op de bespreking van de uitkomsten van de zelfevaluatie (door de netwerkcoördinator) en eventueel een interne audit, is het belangrijk om een duidelijk beeld van de organisatie te hebben. Hierbij zijn onderstaande documenten van belang. Indien aanwezig kunnen deze documenten worden geüpload:

- 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

De zelfevaluatie en het dossieronderzoek is gedaan op:

- Organisatieniveau
- Afdelingsniveau/teamniveau, namelijk
- Locatieniveau, namelijk:
- Anders, namelijk:

---

# Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

# 1 Kernwaardes en principes

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 interdisciplinair 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

## 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.
5. 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:
  - volstaan 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 Markering

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

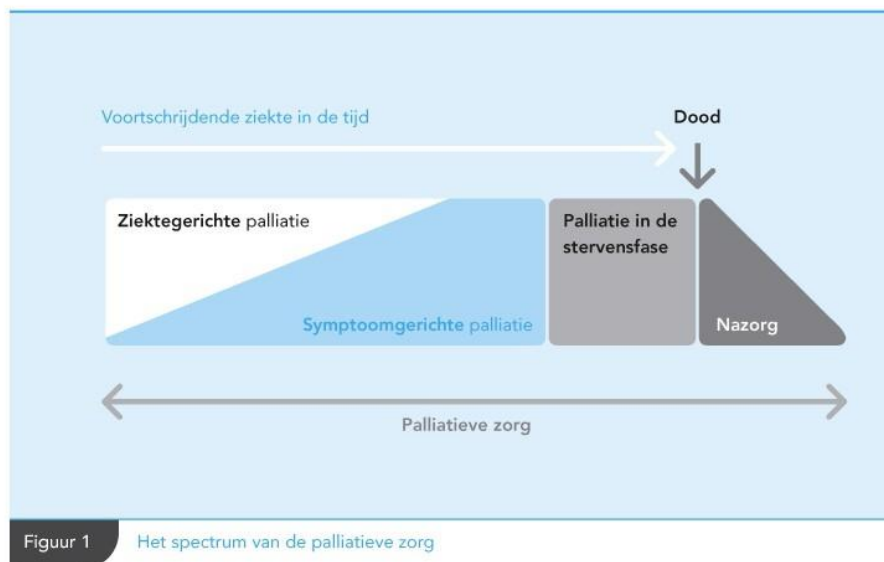
### **Inleiding** (aangepaste tekst uit het kwaliteitskader)

De palliatieve fase vraagt van de zorgverlener een andere benadering van de patiënt. Vroege herkenning van deze fase is om die reden belangrijk. In de palliatieve fase staan kwaliteit van leven en sterven voorop en worden de voor- en nadelen van behandeling in dat licht tegen elkaar afgewogen. Een dergelijke verandering van doelstelling moet worden gemarkeerd en besproken met de patiënt.

### **Standaard**

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend.

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



### Vragen

- 
1.
    - a. Op welke wijze stimuleert de organisatie haar zorgmedewerkers m.b.t. de markering van de palliatieve fase?
    - b. Hoe verloopt de markering gedurende de palliatieve fase in de organisatie? (laatste jaar, van ziektegerichte naar de symptoomgerichte palliatie en de stervensfase)

2. Vragen over de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten (*gebruik voor deze vraag de bijlage*)
- a. Bij hoeveel van deze laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten vond er een gesprek plaats ter markering van het laatste jaar, voor markering van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie en voor markering van de stervensfase?

Fase	Aantal
laatste jaar	
van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie	
stervensfase	

- b. Wie heeft het gesprek met de patiënt en zijn naasten gevoerd over de markering van de palliatieve fase? Per patiënt:

- Huisarts ○
- Specialist ouderengeneeskunde ○
- Specialist (en) ziekenhuis ○
- Verpleegkundige ziekenhuis ○
- Verpleegkundige thuiszorg ○
- Verpleegkundige anders ○
- Arts verstandelijk gehandicapten ○
- Psychiater ○
- Anders, nl ○

- b. Welke disciplines zijn bij deze patiënten geïnformeerd over de markering van de palliatieve fase? Per patiënt:

- Discipline
- Huisarts ○
  - Specialist ouderengeneeskunde ○
  - Specialist (en) ziekenhuis ○
  - Verpleegkundige ziekenhuis ○
  - Verpleegkundige thuiszorg ○
  - Verpleegkundige anders ○
  - Arts verstandelijk gehandicapten ○
  - Psychiater ○
  - Anders, nl ○

- a. Worden markeringsinstrumenten gebruikt? Zo ja, welke?

- Surprise question ○
- Spict ○
- Anders, nl... ○

- b. a. Welke vervolgstappen worden ondernomen n.a.v. de markering van de palliatieve fase bij een patiënt?

- b. Door wie worden deze vervolgstappen ondernomen?



---

c. Hoe worden deze vervolgstappen vastgelegd?

- c. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp markering?

		<b>Afdeling/team</b>	<b>Locatie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>1</b>	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
<b>2</b>	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
<b>3</b>	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
<b>4</b>	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

## 3 Gezamenlijke besluitvorming

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

### **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 keuzehulp en opname van waarden, wensen, behoeften en besluiten in het individueel zorgplan. Gezamenlijke besluitvorming vormt het uitgangspunt voor het proces van vooruit denken, plannen en organiseren (proactieve zorgplanning) en het eventueel opstellen van een wilsverklaring. Het moet gezien worden als de basis voor het individuele zorgplan

### **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/Palliactief. 2017

### **Vragen**

1. a. Op welke wijze stimuleert de organisatie haar zorgmedewerkers m.b.t. gezamenlijke besluitvorming?  
b. Hoe vindt gezamenlijke besluitvorming in de organisatie plaats?
  
2. In hoeveel van de dossiers van de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten is iets vastgelegd over gezamenlijke besluitvorming? *(gebruik voor deze vraag de bijlage)*  
Denk hierbij aan:
  - regelmatig uitvragen waarden, wensen en behoeften van de patiënt,
  - de patiënt informeren over keuzemogelijkheden en navragen of de patiënt deze begrepen heeft,
  - de patiënt informeren over de aard van ziekte / kwetsbaarheid en prognose.
  
3. Hoe worden de afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming vastgelegd?



4. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp markering?

		<b>Afdeling/team</b>	<b>Locatie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>1</b>	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
<b>2</b>	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
<b>3</b>	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
<b>4</b>	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

## 4 Proactieve zorgplanning

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

### **Inleiding**

Het proces van vooruit denken, 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 ziekteverloop 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.

### **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

### **Vragen**

- Op welke wijze stimuleert de organisatie haar zorgmedewerkers m.b.t. proactieve zorgplanning?
  - Hoe vindt proactieve zorgplanning plaats in de organisatie?
- Op welke momenten vindt proactieve zorgplanning in de organisatie plaats?
- Welke onderwerpen worden met de patiënt besproken ten aanzien van levenseinde, doelen en keuzes?

---

4. Hoe worden de afspraken voortkomend uit de proactieve zorgplanning vastgelegd?

5. Vragen over de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten (*gebruik voor deze vraag de bijlage*)
- Bij hoeveel van de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten vond proactieve zorgplanning plaats? (totaal aantal)
  - Welke disciplines zijn bij proactieve zorgplanning betrokken? Per patiënt:
    - Huisarts
    - Specialist ouderengeneeskunde
    - Specialist (en) ziekenhuis
    - Verpleegkundige ziekenhuis
    - Verpleegkundige thuiszorg
    - Verpleegkundige anders
    - Arts verstandelijk gehandicapten
    - Psychiater
    - Anders, nl
  - Welke disciplines zijn bij deze patiënten geïnformeerd? Per patiënt:
    - Huisarts
    - Specialist ouderengeneeskunde
    - Specialist (en) ziekenhuis
    - Verpleegkundige ziekenhuis
    - Verpleegkundige thuiszorg
    - Verpleegkundige anders
    - Arts verstandelijk gehandicapten
    - Psychiater
    - Anders, nl
6. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp proactieve zorgplanning?

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			



<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			
----------	---	--	--	--

## 5 Symptoomlast op de 4 dimensies

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

### 5.1 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 onder meer 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

#### **Vragen**

1. Hoe wordt in de organisatie bij palliatieve zorg aandacht gegeven aan de fysieke dimensie?

---

2. Is in het dossier (verpleegkundig en/of medisch) aandacht voor de fysieke dimensie?

3. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp fysieke dimensie?

		<b>Afdeling/team</b>	<b>Locatie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>1</b>	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
<b>2</b>	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
<b>3</b>	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
<b>4</b>	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

## 5.2 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

### **Vragen**

1. Hoe wordt in de organisatie bij palliatieve zorg aandacht gegeven aan de psychische dimensie?
2. Is in het dossier (verpleegkundig en/of medisch) aandacht voor de psychische dimensie?

3. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp psychische dimensie

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
5	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

### 5.3 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 6, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017

## Vragen

1. Hoe wordt in de organisatie bij palliatieve zorg aandacht gegeven aan de spirituele dimensie?
2. Is in het dossier (verpleegkundig en/of medisch) aandacht voor de spirituele dimensie?
3. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp spirituele dimensie?

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
5	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			



## 5.4 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

### **Vragen**

1. Hoe wordt in de organisatie bij palliatieve zorg aandacht gegeven aan de spirituele dimensie?
2. Is in het dossier (verpleegkundig en/of medisch) aandacht voor de spirituele dimensie?
3. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp spirituele dimensie?

		<b>Afdeling/team</b>	<b>Locatie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>1</b>	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
<b>2</b>	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
<b>3</b>	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
<b>4</b>	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			

<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			
----------	---	--	--	--

## 5.5 Algemene vragen bij symptoomlast op de 4 dimensies

1. Wordt er gebruik gemaakt van de landelijke richtlijnen palliatieve zorg bij de behandeling van de symptoomlast op de 4 dimensies?
  
2. a. Wordt er gebruik gemaakt van meetinstrumenten op het gebied van palliatieve zorg met betrekking tot de verschillende dimensies?  
  
b. Zo ja welke: .....
  
- c. Op welke wijze stimuleert de organisatie haar zorgmedewerkers m.b.t. het gebruik van meetinstrumenten?
  
3. Zijn er afspraken gemaakt ten aanzien van het consulteren van experts of andere disciplines?
  - o Consulent palliatieve zorg
  - o Geestelijk verzorger
  - o Psychiater
  - o Maatschappelijk werker
  - o Psycholoog
  - o Anders, nl...
  
4. Wordt er een prioritering aangebracht in de behandeling van de klachten op basis van wensen, waarden en behoeften van de patiënt?
  
5. Bij hoeveel van de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten vond prioritering plaats bij de behandeling van klachten? *(gebruik hiervoor de vragenlijst in de bijlage)*

## 6 Deskundigheid

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

### **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 expertniveau, 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.

### **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

### **Vragen**

1. a. Welke eisen stelt de organisatie aan benodigde vaardigheden (incl. communicatie<sup>6</sup>) en deskundigheid van zorgverleners<sup>7</sup> op het gebied van palliatieve zorg?
- b. Op welke wijze stimuleert de organisatie de deskundigheid van zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg?
- c. Welk aanbod ter bevordering van de deskundigheid op het gebied van palliatieve zorg heeft de organisatie dit jaar voor deze zorgverleners?
  
2. a. Welke eisen stelt de organisatie aan benodigde vaardigheden (incl. communicatie) en

<sup>6</sup> Effectieve communicatie vormt samen met gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning de basis voor zorgverlening, waarin de patiënt en diens naasten centraal staan (Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, blz. 19).

<sup>7</sup> **Generalist palliatieve zorg;** Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg [3]. Vanuit zijn functie integreert hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg.

deskundigheid van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners<sup>8</sup>?

- b. Op welke wijze stimuleert de organisatie de deskundigheid van gespecialiseerd zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg?
  - c. Welke bij- en/of nascholing hebben de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in het afgelopen jaar gevolgd?
3. Wanneer en hoe wordt de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener ingezet?
4. Indien gebruik wordt gemaakt van vrijwilligers;
- a. Welke eisen stelt de organisatie aan benodigde vaardigheden en deskundigheid van vrijwilligers<sup>9</sup>?
  - b. Welke scholing hebben deze vrijwilligers gevolgd?
5. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp deskundigheid?

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
5	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

<sup>8</sup> **Specialist palliatieve zorg;** De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg [4] gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg]. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

<sup>9</sup> **Vrijwilliger;** Een vrijwilliger in de palliatieve zorg is een persoon die, in georganiseerd verband, onbetaald en onverplicht, tijd, aandacht en ondersteuning biedt] met de intentie om de kwaliteit van leven te verbeteren van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en diens naasten. Bij de start van de inzet van de vrijwilliger is er geen persoonlijke relatie tussen de patiënt en vrijwilliger.



## 7 Coördinatie en continuïteit

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

### **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 zorgsettings 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.

### **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

### **Vragen**

1. a. Heeft elke patiënt in de palliatieve fase een centrale zorgverlener?  
b. Hoe wordt de keuze gemaakt vanuit welke discipline de centrale zorgverlener komt?  
c. Hoe weet de patiënt wie zijn centrale zorgverlener is?  
d. Zijn er afspraken met de patiënt hoe en wanneer hij zijn centrale zorgverlener kan bereiken?  
e. Hoe en waar worden deze afspraken vastgelegd?
2. Hoe worden betrokken zorgverleners geïnformeerd over wie de centrale zorgverlener is?
3. Vragen over de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten (*gebruik voor deze vraag de bijlage*)
  - a. Bij hoeveel van de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten is de centrale zorgverlener vastgelegd?

- b. Welke disciplines zijn bij deze patiënten geïnformeerd over de wie centrale zorgverlener is? Per patiënt:
- Huisarts O
  - Specialist ouderengeneeskunde O
  - Specialist (en) ziekenhuis O
  - Verpleegkundige ziekenhuis O
  - Verpleegkundige thuiszorg O
  - Verpleegkundige anders O
  - Arts verstandelijk gehandicapten O
  - Psychiater O
  - Anders, nl O
4. a. Wat verstaat u in uw organisatie onder multidisciplinair overleg?  
 b. Hoe vaak wordt het multidisciplinair overleg georganiseerd?  
 c. Wie zijn bij het multidisciplinair overleg aanwezig:
- Huisarts
  - Patiënt
  - Eerste contactpersoon
  - Specialist ouderengeneeskunde
  - Specialist(en) ziekenhuis
  - Arts verstandelijk gehandicaptenzorg
  - Psychiater
  - Verpleegkundige ziekenhuis
  - Verpleegkundige thuiszorg
  - Verpleegkundige anders
  - Geestelijk verzorger
  - Anders, nl
5. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp coördinatie en continuïteit?

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			



<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			
----------	---	--	--	--

## 8 Netwerk

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

### **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 doordat hij initieert, adviseert en faciliteert met betrekking tot de continue verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de palliatieve zorg in de regio.

### **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/Palliactief, 2017

### **Vragen**

1. Welke regionale afspraken en protocollen zijn er op het gebied van palliatieve zorg?
2. Zijn er binnen het netwerk bindende afspraken t.a.v. palliatieve zorg over hoe deze afspraken in de praktijk worden uitgevoerd?
  - a. De samenwerking rondom de patiënt
    - Welke succesfactoren zijn hier te benoemen?
    - Welke knelpunten zijn hier te benoemen?
  - b. Overdracht
    - Welke succesfactoren zijn hier te benoemen?
    - Welke knelpunten zijn hier te benoemen?
  - c. Verwijsprocedures
    - Welke succesfactoren zijn hier te benoemen?
    - Welke knelpunten zijn hier te benoemen?
3.
  - a. Is er voor zorgverleners 24 uur per dag, 7 dagen per week de mogelijkheid tot consultatie van een in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent?
  - b. Hoe is dit georganiseerd?

- 
4. Heeft de organisatie met samenwerkingspartners binnen het netwerk afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van respijtzorg?
  5. Op welke wijze is de organisatie betrokken bij het netwerk palliatieve zorg?
  6. Wat verwacht de organisatie van de samenwerking binnen het netwerk palliatieve zorg?

## 9 Individueel zorgplan

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

### **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.

### **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

### **Vragen**

1. Vragen over de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten (*gebruik voor deze vraag de bijlage*)
  - a. Hoeveel van de 10 niet onverwacht overleden patiënten hebben een IZP (individueel zorgplan) volgens de hierboven beschreven standaard?
  - b. Wie is bij het opstellen van het IZP betrokken geweest? Per patiënt:

<input type="radio"/>	Patiënt	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Eerste contactpersoon	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Huisarts	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Specialist ouderengeneeskunde	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Specialist (en) ziekenhuis	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Verpleegkundige ziekenhuis	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Verpleegkundige thuiszorg	<input type="radio"/>

- Verpleegkundige anders
- Aarts gehandicaptenzorg
- Geestelijk verzorger
- Maatschappelijk werker
- Psycholoog
- Psychiater
- Anders, nl....

2. Welke items ten aanzien van palliatieve zorg worden vastgelegd in het individueel zorgplan?
3. Hoe wordt aandacht geschonken aan de eigen regie van de patiënt?
4. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp individueel zorgplan?

		<b>Afdeling/team</b>	<b>Locatie</b>	<b>Organisatie</b>
<b>1</b>	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
<b>2</b>	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
<b>3</b>	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
<b>4</b>	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
<b>5</b>	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			

## 10 Evenwichtige zorgverleners

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

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.

### Vragen

1. a. Is er in uw organisatiebeleid voor 'zorg voor de zorgenden'?
  - b. Hoe faciliteert de organisatie 'zorg voor de zorgenden'?
  - Moreel beraad
  - Intervisie/supervisie
  - Anders, nl
2. Welke fase(s) van de kwaliteitscyclus heeft uw organisatie doorlopen als het gaat om het onderwerp evenwichtige zorgverleners?

		Afdeling/team	Locatie	Organisatie
1	Er is een plan van aanpak opgesteld om met het betreffende onderdeel aan de slag te gaan. (Plan)			
2	Het betreffende onderdeel is geïmplementeerd. (Do)			
3	Het betreffende onderdeel is tenminste 1 maal geëvalueerd. (Check)			
4	Uitkomsten uit de evaluatie zijn geanalyseerd en het desbetreffende onderdeel zo nodig bijgesteld. (Act)			
5	Borging: De werkwijze/afspraken zijn vastgelegd en inzichtelijk voor zorgmedewerkers die hiermee behoren te werken.			



---

# Bijlagen



# B1 Scoringsformulier dossieronderzoek zelfevaluatie

<b>SCORINGSFORMULIER BEHOREND BIJ ZELFEVALUATIE</b>										
Bekijk de laatste 10 niet onverwacht overleden patiënten (of minder indien de laatste 12 maanden geen 10 niet-onverwachte overlijdens zijn geweest)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>MARKERING</b>										
<i>Vond er een gesprek plaats ter markering van het laatste jaar, voor markering van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie en voor markering van de stervensfase?</i>										
laatste jaar										
van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie										
stervensfase										
<i>Wie heeft het gesprek met de patiënt en zijn naasten gevoerd over de markering van de palliatieve fase?</i>										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist (en) ziekenhuis										
Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts verstandelijk gehandicapten										
Psychiater										
Anders, nl.										
<i>Welke disciplines zijn geïnformeerd over de markering van de palliatieve fase?</i>										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist (en) ziekenhuis										
Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts verstandelijk gehandicapten										

Psychiater										
Anders, nl,										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING</b>										
Is er iets vastgelegd over gezamenlijke besluitvorming?										
<b>PROACTIEVE ZORGPLANNING</b>										
Vond proactieve zorgplanning plaats?										
<b><i>Welke disciplines zijn bij proactieve zorgplanning betrokken ?</i></b>										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist (en) ziekenhuis										
Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts verstandelijk gehandicapten										
Psychiater										
Anders, nl.										
<b><i>Welke disciplines zijn bij proactieve zorgplanning geïnformeerd?</i></b>										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist(en) ziekenhuis										
Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts verstandelijk gehandicapten										
Psychiater										
Anders, nl.										



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>ALGEMENE VRAGEN BIJ SYMPTOOMLAST</b>										
Vond er prioritering plaats bij de behandeling van klachten?										
<b>COORDINATIE EN CONTINUITEIT</b>										
Is de centrale zorgverlener vastgelegd?										
<b><i>Welke disciplines zijn geïnformeerd over wie de centrale zorgverlener is?</i></b>										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist(en) ziekenhuis										
Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts verstandelijk gehandicapten										
Psychiater										
Anders, nl.										
<b>INDIVIDUEEL ZORGPLAN</b>										
Is er een individueel zorgplan?										
<b><i>Wie is bij het opstellen van het individueel zorgplan betrokken geweest?</i></b>										
Patiënt										
Eerste contactpersoon										
Huisarts										
Specialist ouderengeneeskunde										
Specialist(en) ziekenhuis										

Verpleegkundige ziekenhuis										
Verpleegkundige thuiszorg										
Verpleegkundige anders										
Arts gehandicaptenzorg										
Geestelijk verzorger										
Maatschappelijk werker										
Psycholoog										
Psychiater										
Anders, nl.										

Integraal Kankercentrum  
Nederland  
[info@iknl.nl](mailto:info@iknl.nl)  
[www.iknl.nl](http://www.iknl.nl)



Stichting Fibula  
[info@stichtingfibula.nl](mailto:info@stichtingfibula.nl)  
[www.stichtingfibula.nl](http://www.stichtingfibula.nl)