



## PALLI

De PALLI is een vragenlijst die zorgverleners helpt om te bepalen of en in welke mate een cliënt met verstandelijke beperkingen **achteruit is gegaan in gezondheid**. Voor cliënten die achteruit zijn gegaan en met een beperkte levensverwachting kan *palliatieve zorg*\* passend zijn: op comfort en kwaliteit van leven gerichte zorg en ondersteuning.

De PALLI gaat over de gezondheid, het gedrag en het functioneren van uw cliënt ten opzichte van de afgelopen periode. De PALLI en uw kennis van de voorgeschiedenis van de cliënt kunnen u helpen om in gesprek met andere betrokkenen op tijd te bepalen of de zorg voor de cliënt een andere focus nodig heeft. Wij adviseren u de resultaten van de PALLI **multidisciplinair te bespreken en gezamenlijk na te denken** over palliatieve zorg.

## VOOR WELKE CLIËNTEN IS DE PALLI?

De PALLI kan voor elke **volwassen persoon met verstandelijke beperkingen** ingevuld worden, ongeacht de mate en de aard van de beperkingen. Vanwege deze brede doelgroep kan het zijn dat niet alle vragen van toepassing zijn.

## WIE VULT DE PALLI IN?

De PALLI is bedoeld voor **zorgverleners die de cliënt goed kennen**. Dit kunnen begeleiders zijn, maar ook artsen, gedragsdeskundigen en andere zorgverleners.

## WANNEER VULT U DE PALLI IN?

- **‘Niet-pluis gevoel’**: Voor zowel arts als begeleiding kan de PALLI helpen om een ‘niet-pluis gevoel’ concreet te maken en dit makkelijker te bespreken tijdens een consult. Dit ‘niet-pluis gevoel’ kan ook een vraag van familie zijn.
- **Overleg**: De PALLI kan ingevuld worden voor een jaarlijkse zorgplanbespreking, maar bijvoorbeeld ook voor een multidisciplinair overleg bij vragen over het beleid rond ziekenhuisopnames of wel/niet reanimeren en bij de vraag *‘welke palliatieve zorgbehoeften heeft deze cliënt?’*.

## HOE VULT U DE PALLI IN?

We willen u vragen in gedachten terug te gaan naar de **afgelopen maanden** en te bedenken of er veranderingen zijn geweest in de gezondheid, het gedrag en het functioneren van de cliënt. Als richtlijn hanteren wij **3-6 maanden**, maar indien het beter van toepassing is kan een andere periode gebruikt worden.

Bij elke vraag kunt u antwoorden met **“JA”** of **“NEE”**. Wanneer u twijfelt, willen we u toch vragen **“JA”** of **“NEE”** aan te vinken en uw twijfel op te schrijven bij opmerkingen. Wanneer u het antwoord echt niet weet en u er geen informatie over heeft, dan kunt u het vraagteken **“?”** aanvinken.

Bij elke categorie is er ruimte voor *‘opmerkingen / anders namelijk ...’*. Hier kunt u uw **antwoorden aanvullen**. We willen benadrukken dat de PALLI een hulpmiddel is dat niet per definitie een compleet beeld geeft.

U kunt de PALLI alleen of samen invullen, met of zonder het persoonlijke dossier. Er is geen goed of fout antwoord, het gaat om uw ervaring. Denkt u daarom niet te lang na voor u antwoord geeft. Dan duurt het invullen ongeveer **10-15 minuten**.

*\* Palliatieve zorg is een benadering die gericht is op kwaliteit van leven van mensen met een ernstige aandoening door het voorkomen en verlichten van lijden en door tijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van lichamelijke, psychosociale en spirituele problemen. Er kan al vroeg in een ziekteverloop nagedacht worden over palliatieve zorg, naast curatieve en levensverlengende behandelingen. Palliatieve zorg kan ook onderzoeken omvatten die nodig zijn om aandoeningen te begrijpen of te behandelen.*

De PALLI is financieel mogelijk gemaakt door:



Jan Jongmans Fonds, ds. Visscher fonds, stichting SFO



Naam en functie invuller(s): .....

Datum invullen: ..... / ..... / .....

Naam cliënt: .....

Geboortedatum cliënt: ..... / ..... / .....

Mate verstandelijke beperkingen: .....

Aard of oorzaak verstandelijke beperkingen: .....

## Lichamelijk

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

- |   |                             |                              |                            |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1. Heeft de cliënt een slechtere lichamelijke conditie of wordt de cliënt sneller moe?                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 2. Is de cliënt meer bedlegerig?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 3. Is de cliënt meer slaperig of suf?   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 4. Is de cliënt minder mobiel?<br>(Bijvoorbeeld: meer hulp nodig voor het bewegen; cliënt valt vaker) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |

Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Functioneren

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

- |  |                             |                              |                            |
|--|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 5. Neemt de cliënt minder initiatief of is de cliënt minder goed te stimuleren?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 6. Weigert de cliënt vaker om dingen te doen of te ondernemen?<br>(Bijvoorbeeld: uit bed komen, bewegen, activiteiten, werk, dagbesteding) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 7. Kan de cliënt minder ADL handelingen zelf waardoor de begeleiding meer moet overnemen?  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |
| 8. Zijn er tekenen dat activiteiten of routines, het werk of dagbesteding niet meer zo goed lukken, waardoor begeleiding meer moet helpen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> ? |

Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Kenmerkend gedrag

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

### 9. Maakt de cliënt anders contact of meer / minder contact?

(Bijvoorbeeld: reageert anders op contact met anderen of op de aanwezigheid van anderen, minder spraakzaam, of zoekt juist meer toenadering)

JA  NEE  ?

### 10. Is de cliënt passiever of meer apathisch?

(Bijvoorbeeld: volgzamer geworden, lusteloos, niet in staat zijn dingen te doen of te willen doen, heeft minder levenslust)

JA  NEE  ?

### 11. Trekt de cliënt zich meer terug?

(Bijvoorbeeld: meer behoefte aan rust, sneller overprikkeld)

JA  NEE  ?

### 12. Vertoont de cliënt meer storend of onrustig gedrag?

(Bijvoorbeeld: meer irriteerbaar, opstandig, agressief of boos)

JA  NEE  ?

### 13. Is de cliënt somberder of depressiever?

JA  NEE  ?

### 14. Is de cliënt angstiger?

JA  NEE  ?

Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Uitspraken

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

### 15. Heeft de cliënt iets gezegd dat kan wijzen op een verandering in gezondheid?

(Bijvoorbeeld: "ik voel me ...", "ik wil niet meer ...", "ik ben bang ...")

JA  NEE  ?

### 16. Hebben familieleden / naasten iets gezegd dat kan wijzen op een verandering in gezondheid?

(Bijvoorbeeld: "zit niet lekker in zijn vel", "iemand is zichzelf niet", "er is iets aan de hand", "eerst kon ie hiervan genieten, nu niet meer")

JA  NEE  ?

Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Klachten

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

### 17. Is het gewicht van de cliënt afgenomen of is de cliënt vermagerd?

JA  NEE  ?

### 18. Is de voedselinname van de cliënt verminderd?

(Bijvoorbeeld: minder eetlust, wil of kan minder eten, wil alleen bepaald voedsel)

JA  NEE  ?

### 19. Is de vochtinname van de cliënt verminderd?

(Bijvoorbeeld: wil of kan minder drinken, wil alleen bepaald drinken)

JA  NEE  ?

### 20. Heeft de cliënt meer slikproblemen?

JA  NEE  ?

### 21. Heeft de cliënt meer problemen met ontlasting?

(Bijvoorbeeld: obstipatie, diarree)

JA  NEE  ?

### 22. Heeft de cliënt meer last van misselijkheid of braken?

JA  NEE  ?

Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Klachten

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

- 
23. Vertoont de cliënt meer (lichamelijke) tekenen van *niet welbevinden*?  
(Bijvoorbeeld: (nachtelijke) onrust, onrustige bewegingen, gezichtsuitdrukkingen, geluiden die de cliënt maakt, kenmerkende bewegingen van niet welbevinden)  JA  NEE  ?
24. Heeft de cliënt meer pijn?  JA  NEE  ?
25. Is de cliënt meer in de war?  JA  NEE  ?
26. Gaat de cliënt cognitief achteruit?  
(Bijvoorbeeld: herinnert zich minder, kan zich minder oriënteren in tijd en plaats, verlies van praktische vaardigheden)  JA  NEE  ?
27. Heeft cliënt meer slaapproblemen?  
(Bijvoorbeeld: problemen met in slaap komen, problemen met doorslapen, draait het dag / nachtritme om)  JA  NEE  ?
- 
- Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Klachten

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

- 
28. Heeft de cliënt last van ontregelde of toegenomen epilepsie?  JA  NEE  ?
29. Heeft de cliënt last van toegenomen spasticiteit?  JA  NEE  ?
30. Heeft de cliënt meer last van uitdroging?  
(Bijvoorbeeld: heeft minder urineproductie)  JA  NEE  ?
31. Is de cliënt meer kortademig?  
(Bijvoorbeeld: ademt meer hoorbaar, ademt sneller, meer moeite moeten doen om te ademen)  JA  NEE  ?
- 
- Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Infecties of periodes van koorts

Hoe gaat het nu vergeleken met de afgelopen 3-6 maanden.

- 
32. Heeft de cliënt last van terugkerende infecties of periodes van koorts?  
(Bijvoorbeeld: longontsteking, blaasontsteking, andere infecties of periodes van koorts)  JA  NEE  ?
33. Is het effect van antibiotica minder bij iedere infectie of periode van koorts?  JA  NEE  ?
34. Herstelt de cliënt minder of heeft de cliënt een langere herstelperiode nodig na iedere infectie of periode van koorts?  JA  NEE  ?
- 
- Opmerkingen / anders, namelijk ...

## Kwetsbaarheid

---

35. Is er sprake van meerdere gezondheidsproblemen die samen de cliënt kwetsbaar maken voor een (verdere) achteruitgang in gezondheid?

JA  NEE  ?

(Gezondheidsproblemen kunnen betrekking hebben op lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn)

---

Opmerkingen / anders, namelijk ...

---

## Aandoeningen

---

36. Is er een diagnose of bestaat er een sterk vermoeden van de aanwezigheid van een ernstige (chronische) aandoening?

JA  NEE  ?

(Bijvoorbeeld dementie, longaandoeningen, hart- en vaatziekten, diabetes, reuma of kanker etc.)

37. Is er sprake van een ernstige (chronische) aandoening waarvan behandeling niet (meer) mogelijk of wenselijk is?

JA  NEE  ?

(Bijvoorbeeld: er is geen behandeling of de behandeling slaat niet aan, de cliënt reageert slecht op de behandeling door complicaties of bijwerkingen, of behandeling kan niet worden uitgevoerd of weegt niet op tegen de kwaliteit van leven)

---

Opmerkingen / anders, namelijk ...

---

## Prognose

---

38. Is er sprake van een beperkte levensverwachting met een naderend einde?

JA  NEE  ?

(Wat is uw inschatting op basis van een eventuele veranderingen in gezondheid of van een eventuele diagnose van een ernstige (chronische) aandoening?)

39. Zou u verbaasd zijn als deze cliënt binnen één jaar zou overlijden?

JA  NEE  ?

(Het gaat er hierbij *niet* om of u *verwacht* dat de cliënt gaat overlijden, maar of u verbaasd zou zijn als deze cliënt binnen een jaar zou overlijden)

---

Opmerkingen / anders, namelijk ...

---