

Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Bewustwording en inzicht in de zorg voor patiënten
in de palliatieve fase

Dit document is tot stand gekomen in samenwerking met:



Colofon

Oktober 2024

Versie 3.0

Auteurs

Aan versie 3.0 hebben bijgedragen:

Dianne Boxman, verpleegkundig adviseur Stichting PZNL

Marianne Klinkenberg, projectleider Stichting PZNL

Eveline van Drielen, senior adviseur Stichting PZNL

Linette Belo, adviseur Stichting PZNL

De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken is in 2021 ontwikkeld door:

Ilse Brummelhuis, senior projectadviseur Stichting PZNL

Astrid Kodde, kaderhuisarts palliatieve zorg en namens PaTz (Palliatieve Zorg Thuis)

Roos-Marie Tummers, senior projectadviseur Stichting PZNL

Carel Veldhoven, kaderhuisarts palliatieve zorg namens PalHAG (Palliatieve Zorg Huisartsen Advies Groep)

Team Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Voor informatie en vragen kunt je terecht bij het team Zelfevaluatie Palliatieve Zorg van Stichting PZNL via zelfevaluatiepz@pznL.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Palliatieve zorg algemeen	5
2. Markering	7
3. Proactieve zorgplanning	8
4. Multidimensionele zorg	11
5. Samenwerken & complexe casuïstiek	14
6. Conclusies en leerbehoeften	15
Antwoordformulier Patiënt 1	16
Antwoordformulier Patiënt 2	20
Antwoordformulier Patiënt 3	24

Inleiding

Welkom bij de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken!

Zoals de naam al zegt, ga je aan de hand van evaluatievragen kijken naar de manier waarop je zelf palliatieve zorg biedt. De vragen zijn bedoeld om aan te zetten tot nadenken en om met collega huisartsen, die ook de Zelfevaluatie doen, in gesprek te gaan over mogelijkheden om de palliatieve zorg in jouw dagelijks werk te verbeteren.

Doel Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken geeft huisartsen bewustwording en inzicht in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase en vergroot de deskundigheid met betrekking tot palliatieve zorg. Daarnaast kunnen huisartsen hun bevindingen delen en van elkaar leren onder begeleiding van een kaderhuisarts palliatieve zorg. Ten slotte biedt de Zelfevaluatie praktische handvatten om palliatieve zorg te verbeteren.

Opbouw

Deze Zelfevaluatie omvat 2 delen:

1.a Een individueel deel met open vragen, dat je op een door jou gekozen moment kunt invullen. Hiervoor heb je (gegevens uit) jouw HIS nodig.

Dit deel omvat:

- Palliatieve zorg algemeen
- Markering
- Proactieve zorgplanning
- Multidimensionele zorg
- Samenwerken

1.b Hierna volgen vragen over patiënten die niet onverwacht zijn overleden. Voor het beantwoorden van de vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 niet onverwacht overledenen, indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening neem dan 1 patiënt met een andere aandoening erbij). Om registratie van de gegevens uit de dossiers te vergemakkelijken, zijn deze vragen opgenomen in een antwoordformulier.

2 Een bespreking van jouw bevindingen (uit deel 1) met een kaderhuisarts palliatieve zorg. Het netwerk palliatieve zorg in de eigen regio organiseert deze bijeenkomst.

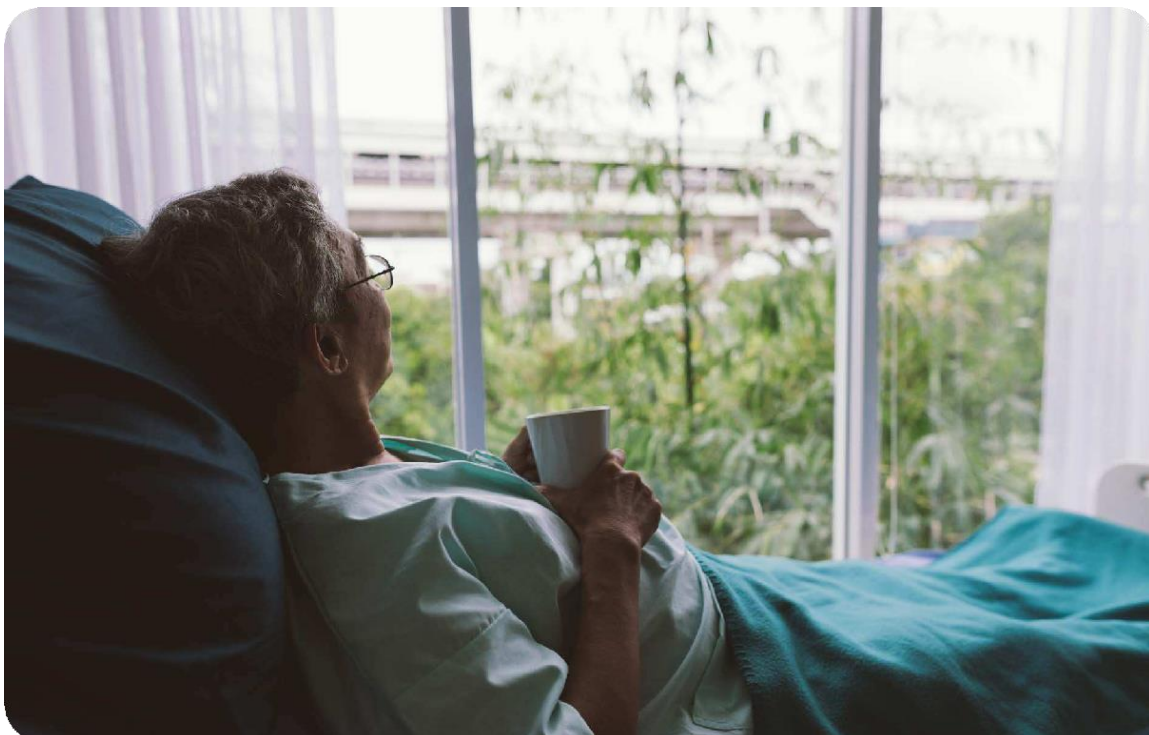
1. Palliatieve zorg algemeen

1. Is palliatieve zorg opgenomen in jouw beleidsplan?

- Ja
- Nee

2a. Wat versta je onder palliatieve zorg?

Geef een beschrijving waarin je ingaat op: voor wie? Wanneer? Hoe?



2b. Bevat jouw definitie de volgende elementen:

- Kwaliteit van leven
- Voorkomen en verlichten van lijden
- Naasten
- Levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid
- Fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie
- Vroegtijdige signalering
- Behoud van autonomie, keuzemogelijkheden
- Waarden, wensen en behoeften centraal

Palliatieve zorg

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 de 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.

Palliatieve fase

Op grond van de definitie van palliatieve zorg- zoals deze in het kwaliteitskader wordt gehanteerd - is het mogelijk dat voor sommige aandoeningen de palliatieve fase al vele jaren voor het te verwachten overlijden begint. Om pragmatische redenen bakent het kwaliteitskader de palliatieve fase af tot de laatste fase van het leven, waarbij je als zorgverlener niet verbaasd zou zijn dat de patiënt in de komende twaalf maanden komt te overlijden.

Begrippenkader, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief 2017

2. Markering

1a. Hoeveel patiënten in de palliatieve fase heb je op dit moment?

1b. Op basis waarvan ben je tot deze patiënten/dit aantal gekomen?

Intuïtie

Markeringsinstrument:

- Surprise question (Zou het mij verbazen als deze patiënt in de komende twaalf maanden komt te overlijden?)

Als ja:

- a. ik stel mijzelf regelmatig de SQ als ik één van mijn patiënten zie
 b. ik heb bij alle bij mij ingeschreven patiënten de SQ gesteld

- Spict

- Ander markeringsinstrument, namelijk:

- Anders

2a. Het is bekend dat veel huisartsen patiënten met kanker makkelijker herkennen als patiënten in de palliatieve fase dan patiënten met hartfalen, COPD, dementie, neuromusculaire aandoeningen en algehele kwetsbaarheid bij multimorbiditeit. Als je kijkt naar de patiënten die je hebt gemarkeerd als patiënten in de palliatieve fase, denk je dat daar dan bepaalde patiëntengroepen ondervertegenwoordigd zijn?

- Ja
 Nee

2b. Welke onderliggende aandoeningen hebben deze patiënten?

Voor meer informatie over markering zie pagina 20 en 21 uit het Kwaliteitskader.

3. Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg (in de palliatieve fase). Dit omvat zowel de fysieke, de psychische, de sociale als de zingevingsdimensie. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Proactieve zorgplanning is een vast onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase.

[Raadpleeg voor verdieping](#)

- 1a.** Op basis waarvan beslis je bij welke patiënten je zelf het initiatief neemt tot het houden van een proactief zorgplanningsgesprek? M.a.w.: met welke patiënten ga je actief een proactief zorgplanningsgesprek aan?

- 1b.** Welke onderwerpen worden besproken ten aanzien van het levenseinde, doelen en keuzes?

- 1c.** Hoe registreer je de uitkomsten van zo'n gesprek?

Indien je deze gesprekken registreert m.b.v. ICPC code A20:

- 1d.** Bij hoeveel patiënten heb je iets genoteerd bij A20?
(je kunt dit gemakkelijk voor de gehele patiëntenpopulatie vinden door een search in de HIS te doen).

- 1e.** Vind je dit veel, weinig of passend?

- Veel
 Weinig
 Passend

- 2.** Registreer je in jouw HIS of je de uitkomsten van een proactief zorgplanningsgesprek hebt overgedragen aan de HAP?

- Ja
 Nee

- 3.** Wanneer bespreek je opnieuw met de patiënt wat er op een eerder moment is besproken m.b.t. proactieve zorgplanning (behandelafspraken)?

Denk bij de voorgaande vraag aan mogelijke aanleidingen voor (opnieuw) doorlopen PZP proces

- Op initiatief van de patiënt/(wettelijk) vertegenwoordiger als deze:
 - Vragen of wensen heeft over de zorg bij toekomstige gezondheidsproblemen of rond het levenseinde;
 - Melding maakt van een wils- of euthanasieverklaring;
 - Vragen heeft over de (succeskans van) behandeling bij Covid-19.
- Bij kwetsbare mensen op initiatief van de arts of de centrale zorgverlener wanneer een van de betrokken zorgverleners bijvoorbeeld signaleert dat:
 - Er een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie van de patiënt;
 - Iemand als kwetsbaar wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld via screening;
 - Er een reële kans bestaat dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden; -
 - Een patiënt verhuist naar of wordt opgenomen in een woon/zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
 - Of wanneer één of meer van onderstaande punten gelden:
 - Een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
 - 70+ met co-morbiditeit én een sterk afnemende vitaliteit of veerkracht;
 - Een verhoogd risico op een hart- of ademhalingsstilstand;
 - (toename van) ernstige cognitieve beperkingen;
 - Een verhoogd risico op ernstige en blijvende invaliditeit na intensieve behandeling (o.a. Covid-19)

(bron: Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning, oktober 2020.)

4. Multidimensionele zorg

Neem 2 patiënten (niet overleden patiënten) uit de praktijk waar je op dit moment zorg aan verleent (bijv. 1 oncologische en 1 niet oncologische patiënt). Vul voor beide patiënten de probleemkwadranten in.

Probleemkwadranten

Ontwikkeld door Bregje Thoonsen, huisarts, aandachtsveld palliatieve zorg

Bewerkt door Astrid Kodde, kaderhuisarts palliatieve zorg

Patiënt 1

Somatisch		Psychisch	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			

Sociaal		Zingeving	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			

Zorgverlening en ADL		Behandelwensen, PZP
Problemen nu		
Problemen verwacht		

1a. Wat vond je lastig om in te vullen?

1b. Waarom?

Patiënt 2

Somatisch		Psychisch	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			

Sociaal		Zingeving	
Problemen nu		Problemen nu	
Problemen verwacht		Problemen verwacht	
Sterfscenario			

Zorgverlening en ADL		Behandelwensen, PZP
Problemen nu		
Problemen verwacht		

1a. Wat vond je lastig om in te vullen?

1b. Waarom?

5. Samenwerken & complexe casuïstiek

1. Op basis van welke criteria draag je patiënten over aan de HAP?

2. Heb je het afgelopen jaar advies gehad van of overleg gehad met? (Kruis aan)

- Het consultatieteam van PZNL
- Een transmuraal consultatieteam
- Een consultatieteam van het ziekenhuis
- Een kaderhuisarts palliatieve zorg in jouw regio

3. Neem je deel aan een PaTz-groep?

- Ja
- Nee

*Indien nee, heb je interesse in PaTz deelname? Zie [patz](#) en [video](#)

- Ja
- Nee

4. Heb je het afgelopen jaar onderstaande zorgverleners ingezet om de patiënt en naasten te ondersteunen?

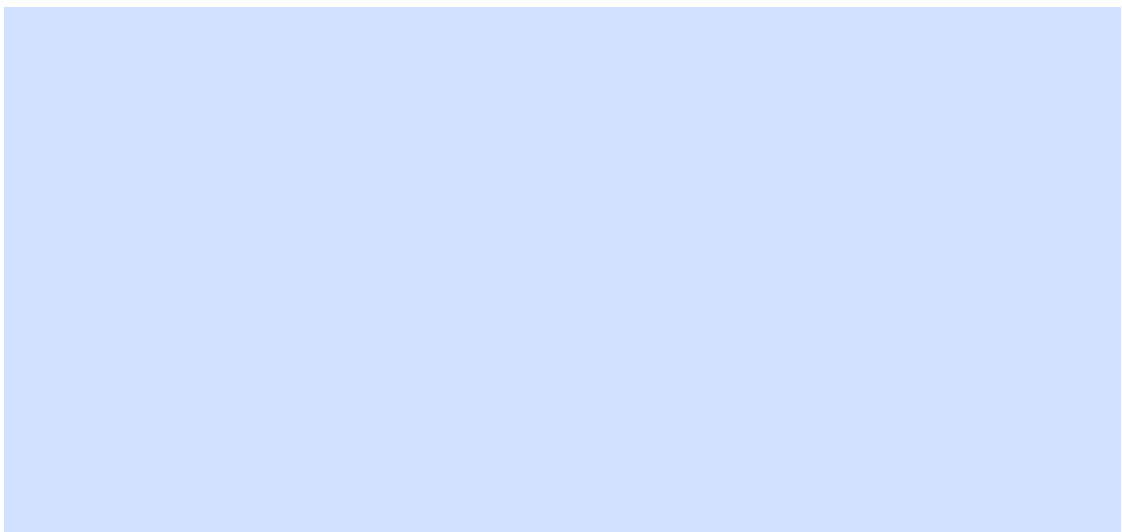
- Een wijkverpleegkundige gespecialiseerd in palliatieve zorg
- Een geestelijk verzorger
- Vrijwilligers van de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)
- Een maatschappelijk werker of andere professional van het sociaal domein

6. Conclusies en leerbehoeften

1. Welke conclusies trek je n.a.v. de Zelfevaluatie?



2. Welke vragen en leerbehoeften heb je voor de nabespreking (nascholing?)



Antwoordformulier Patiënt 1

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen, indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1. Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk);
- Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1. Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a. Op welk moment vond het 1^e proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b. Wie waren hierbij aanwezig?

- 2c. Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het 1e proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

- 1a. Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
 Nee

- 1b. Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
 Overdrachtsformulier
 Anders, nl:

2. Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
 Thuiszorg
 Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
 Specialist ouderengeneeskunde
 Geestelijk verzorger
 Psycholoog
 Maatschappelijk werker
 Anders, nl.:

3. Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, nl:

NAZORG

1a. Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b. Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat:

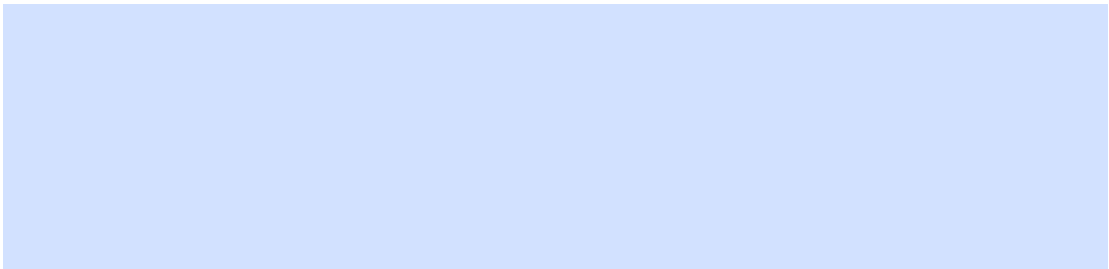
2a. Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

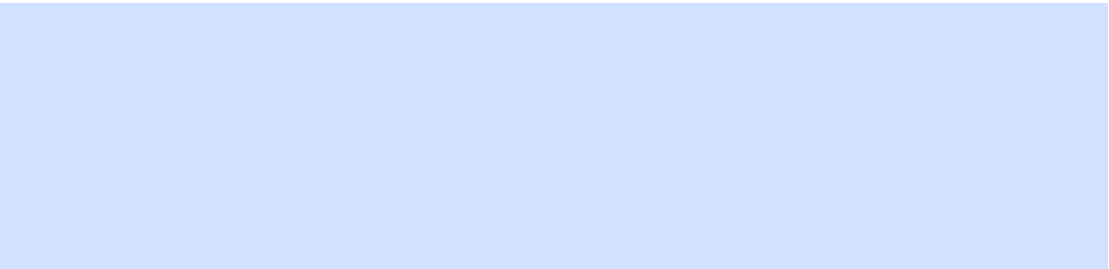
2b. Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?



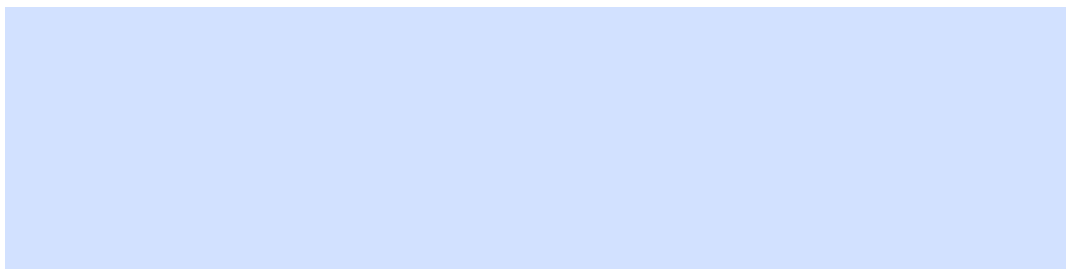
1b. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?



2. Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?

Nee

Ja, nl:



Antwoordformulier Patiënt 2

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen, indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1. Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk);
- Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1. Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a. Op welk moment vond het 1^e proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b. Wie waren hierbij aanwezig?

- 2c. Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het 1e proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

- 1a. Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
 Nee

- 1b. Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
 Overdrachtsformulier
 Anders, nl:

2. Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
 Thuiszorg
 Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
 Specialist ouderengeneeskunde
 Geestelijk verzorger
 Psycholoog
 Maatschappelijk werker
 Anders, nl.:

3. Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, nl:

NAZORG

1a. Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b. Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat:

2a. Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

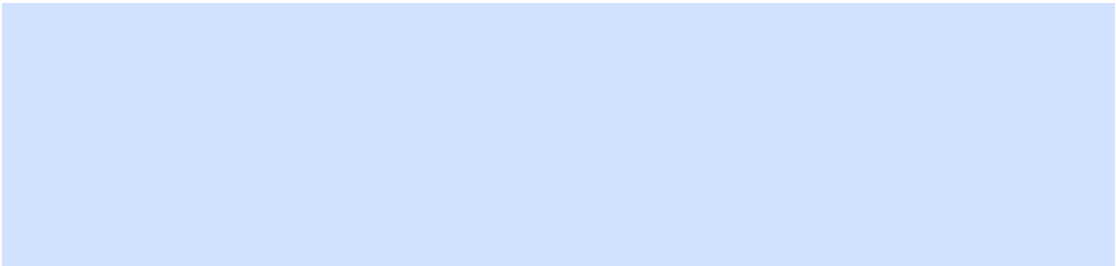
2b. Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?



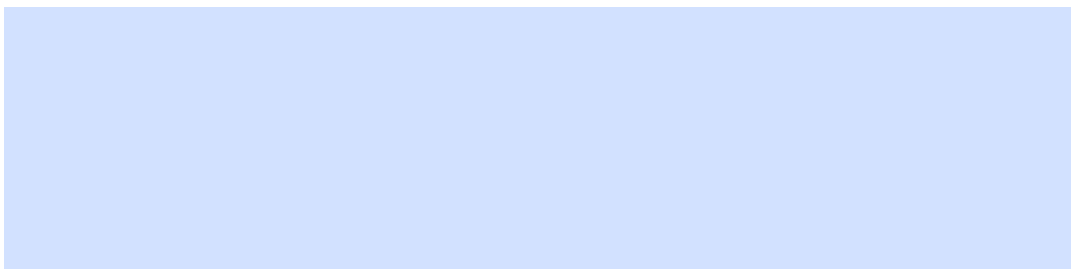
1b. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?



2. Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?

Nee

Ja, nl:



Antwoordformulier Patiënt 3

Behorend bij Zelfevaluatie Palliatieve Zorg voor huisartsenpraktijken

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt gevraagd de dossiers van 3 patiënten die niet onverwacht zijn overleden te raadplegen (bij voorkeur de laatste 3 overledenen, indien dit alleen patiënten zijn met een oncologische aandoening, neem dan 1 patiënt erbij met een andere aandoening). Gebruik per patiënt 1 antwoordformulier.

MARKERING

1. Vonden er bij deze patiënt markeringsgesprekken plaats?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk);
 - Palliatieve fase/niet meer kunnen genezen
 - Van ziektegerichte naar symptoomgerichte palliatie
 - Stervensfase

PROACTIEVE ZORGPLANNING

1. Vond er bij deze patiënt proactieve zorgplanning plaats?

- Ja
- Nee

2a. Op welk moment vond het 1^e proactieve zorgplanningsgesprek plaats?

2b. Wie waren hierbij aanwezig?

- 2c. Is er aanleiding geweest om de behandelafspraken uit het 1e proactieve zorgplanningsgesprek te wijzigen?

SAMENWERKEN & COMPLEXE CASUÏSTIEK

- 1a. Vond er bij deze patiënt een overdracht plaats aan de HAP?

- Ja
 Nee

- 1b. Hoe vond deze overdracht plaats?

- Mondeling
 Overdrachtsformulier
 Anders, nl:

2. Met welke disciplines heb je samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Specialist (en) ziekenhuis
 Thuiszorg
 Wijkverpleegkundige gespecialiseerd in de palliatieve zorg
 Specialist ouderengeneeskunde
 Geestelijk verzorger
 Psycholoog
 Maatschappelijk werker
 Anders, nl.:

3. Is deze patiënt multidisciplinair besproken?

- MDO ziekenhuis
- MDO huisartsenpraktijk
- PaTz-groep
- Anders, nl:

NAZORG

1a. Wist je de gewenste plek van overlijden van deze patiënt?

- Ja
- Nee

1b. Is de patiënt hier ook overleden?

- Ja
- Nee, omdat:

2a. Vond er een nazorggesprek met de nabestaanden plaats?

- Ja
- Nee

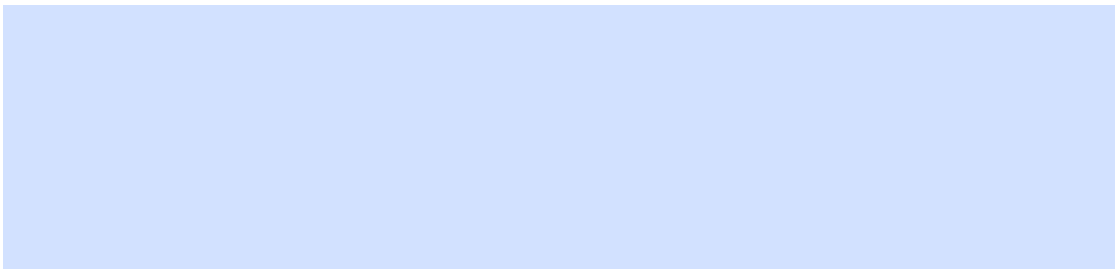
2b. Welke onderwerpen heb je daarbij besproken?

REFLECTIE

1a. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer weer zo doen?



1b. Wat zou je terugkijkend op het beloop bij deze patiënt de volgende keer anders doen?



2. Zie je terugkijkend op de zorg voor deze patiënt verbeterpunten voor de samenwerking met andere zorgverleners?

Nee

Ja, nl:

