



Format Analyse uitkomsten Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Naam organisatie en eventueel locatie/ team

Conclusies en aanbevelingen

<<datum>>



Colofon

Auteurs

Landelijke werkgroep Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Ilse Brummelhuis

Eveline van Drielen

Roos-Marie Tummers

De landelijke werkgroep Zelfevaluatie Palliatieve Zorg is te bereiken via zelfevaluatiepz@pzn.nl

Klankbordgroep

Marian Kessels, netwerkcoördinator palliatieve zorg Noord-Limburg

Mandy Kreuzen, netwerkcoördinator palliatieve zorg Salland

December, versie 4

Dit format is opgesteld door de landelijke werkgroep Zelfevaluatie Palliatieve Zorg Fibula (tegenwoordig PZNL), in afstemming met de klankbordgroep.

Het format is bedoeld voor zorgorganisaties en netwerken palliatieve zorg om de uitkomsten van een zelfevaluatie te bundelen en conclusies en aanbevelingen vast te leggen. PZNL is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het rapport.

Inhoudsopgave

Inhoud

Format Analyse uitkomsten	1
Zelfevaluatie Palliatieve Zorg	1
Inhoudsopgave.....	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Doel Zelfevaluatie Palliatieve Zorg.....	5
1.2 Werkgroep	5
2. Markering.....	6
2.1 Inleiding (aangepaste tekst uit het kwaliteitskader)	6
2.2 Standaard	6
3. Gezamenlijke besluitvorming	7
3.1 Inleiding	7
3.2 Standaard	7
4. Proactieve zorgplanning.....	7
4.1 Inleiding	7
4.2 Standaard	8
5. Symptoomlast op de 4 dimensies	9
5.1 Fysieke dimensie	9
Inleiding	9
Standaard	9
5.2 Psychische dimensie	10
Inleiding	10
Standaard	11
5.3 Sociale dimensie	12
Inleiding	12
Standaard	12
5.4 Spirituele dimensie.....	14
Inleiding	14
Standaard	14
6. Deskundigheid	16
6.1 Inleiding	16
6.2 Standaard	16
7. Coördinatie en continuïteit	17
7.1 Inleiding	17
7.2 Standaard	17
8. Netwerk.....	18



8.1	Inleiding	18
8.2	Standaard	18
9.	Individueel zorgplan	19
10.	Evenwichtige zorgverleners	20
10.1	Inleiding	20
11.	Samenvatting	21
	Bijlagen.....	23
B1	Overzicht vragenlijst Zelfevaluatie	24

1. Inleiding

In de periode <<periode>> heeft de zorgorganisatie <<naam zorgorganisatie>> de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg uitgevoerd. Dit rapport bevat de resultaten en conclusies van deze zelfevaluatie.

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland¹ geeft zicht op wat een vertegenwoordiging van patiënten, naasten en zorgverleners vindt dat de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland moet zijn. Het beoogt een leidraad te zijn voor het werk in de praktijk van zorgverleners. De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg is gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

1.1 Doel Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg heeft als doel om zorgorganisaties te helpen om op het gebied van palliatieve zorg bewustwording te stimuleren en inzicht te geven in waar de zorgorganisatie als geheel, als afdeling of samenwerkingsverband, staat ten opzichte van de waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten zoals beschreven in het kwaliteitskader. Daarnaast maakt de Zelfevaluatie gerichte verbetering en het leren van elkaar binnen een Netwerk Palliatieve Zorg mogelijk.

1.2 Werkgroep

Bij de Zelfevaluatie heeft een werkgroep, bestaande uit <<namen werkgroepleden >>, alle benodigde informatie binnen <<naam zorgorganisatie>> verzameld. In afstemming met <<naam nwc>> van <<netwerk pz>> zijn conclusies getrokken en aanbevelingen geschreven door de werkgroep om te komen tot een plan van aanpak ter verbetering van de palliatieve zorg. PZNL heeft het 'format Analyse uitkomsten' beschikbaar gesteld.

Actuele kennis, tools en informatie voor het oplossen van knelpunten zijn te vinden op Palliaweb (www.palliaweb.nl), kennisplatform palliatieve zorg.

Het rapport is als volgt opgebouwd:

Hoofdstuk 2 t/m 10 geeft een overzicht van resultaten per domein van het kwaliteitskader.

Hoofdstuk 11 is een samenvatting van alle conclusies en aanbevelingen.

¹ Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, 2017, IKNL en Palliactief

2. Markering

2.1 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.

2.2 Standaard

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend.

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

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

3. Gezamenlijke besluitvorming 3.1 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.

3.2 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

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

4. Proactieve zorgplanning

4.1 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 ziekte-traject 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.

4.2 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

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

5. Symptoomlast op de 4 dimensies

In dit hoofdstuk worden de inleidende teksten over de 4 dimensies gepresenteerd (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel). Daarna volgen per dimensie de bijbehorende resultaten, conclusies en aanbevelingen.

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

<p>Samenvatting van resultaten</p>
<p>Conclusie(s) en knelpunten</p>
<p>Oorzaken</p>
<p>Aanbevelingen</p>
<p>Concrete verbetervoorstellen</p> <p>Korte termijn</p> <p>Lange termijn</p>

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) meefinstrumenten 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

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

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

Samenvatting van resultaten

Conclusie(s) en knelpunten

Oorzaken

Aanbevelingen

Concrete verbetervoorstellen

Korte termijn

Lange termijn

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

Samenvatting van resultaten

Conclusie(s) en knelpunten

Oorzaken

Aanbevelingen

Concrete verbetervoorstellen

Korte termijn

Lange termijn

6. Deskundigheid

6.1 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.

6.2 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

Samenvatting van resultaten

Conclusie(s) en knelpunten

Oorzaken

Aanbevelingen

Concrete verbetervoorstellen

Korte termijn

Lange termijn

7. Coördinatie en continuïteit

7.1 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.

7.2 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

Samenvatting van resultaten

Conclusie(s) en knelpunten

Oorzaken

Aanbevelingen

Concrete verbetervoorstellen

Korte termijn

Lange termijn

8. Netwerk

8.1 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.

8.2 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

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

9. Individueel zorgplan

Om eigen regie en zelfmanagement voor de patiënt te behouden of te vergroten worden in het individuele zorgplan gemaakte afspraken vastgelegd tussen patiënt en zorgverlener over diens zorg. Het individueel zorgplan is onderdeel van het cliëntdossier. Een (digitaal) individueel zorgplan helpt de patiënt bij het verwerven van kennis over zijn of haar ziekte of kwetsbaarheid en stelt deze beter in staat mee te beslissen over het te volgen beleid en behandeling (bron: Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland).

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

10. Evenwichtige zorgverleners

10.1 Inleiding

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.

Domein 1, Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017, blz. 19

Samenvatting van resultaten
Conclusie(s) en knelpunten
Oorzaken
Aanbevelingen
Concrete verbetervoorstellen
Korte termijn
Lange termijn

PZML



Bijlagen

Actuele kennis, tools en informatie voor het oplossen van knelpunten zijn te vinden op Palliaweb (www.palliaweb.nl), kennisplatform palliatieve zorg.



B1 Overzicht vragenlijst Zelfevaluatie

De volledige vragenlijst van de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg is terug te vinden in de Gids voor Zelfevaluatie Palliatieve Zorg (2021).

PZML