

The background is a light beige color. A large, thick blue circle is positioned in the upper right quadrant. A thick blue line starts from the bottom left, curves upwards and to the right, passing through the bottom of the blue circle, and then continues towards the right edge of the page.

Zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties

Algemeen

Wat is voor de organisatie de reden om deze Zelfevaluatie te doen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Palliatieve zorg is binnen onze organisatie nog in ontwikkeling. We willen weten wat we kunnen oppakken om dit stevig neer te zetten.
- ☐ Palliatieve zorg staat al aardig stevig binnen mijn organisatie en we willen weten wat mogelijke blinde vlekken en daarmee verbeterpunten zijn.
- ☐ Het voltooien van de zelfevaluatie is een vereiste voor onze organisatie om lid te kunnen worden van het Netwerk Palliatieve Zorg
- ☐ Palliatieve zorg binnen onze organisatie is al eerder geëvalueerd en deze zelfevaluatie gebruiken we om ontwikkelingen en verbeterpunten ten opzichte van de vorige meting zichtbaar te maken.
- ☐ Anders, namelijk:

Fase 1.

Visie op palliatieve zorg

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

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

De volgende onderwerpen komen in fase 1 aan bod:

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

Vorbereiding

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

Je kunt dan denken aan:

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

Gegevens organisatie

Gegevens over de setting waar de Zelfevaluatie wordt uitgevoerd

Betrokkenen

Opdrachtgever

Naam:

Projectleider

Naam:

Functie:

Leden projectgroep

Naam:	Functie:

Leden werkgroep

Naam:	Functie:

Patiënten- en of naastenraad

Naam:

Keuze voor uitvoering zelfevaluatie

Wil de organisatie één totaalbeeld van de palliatieve zorg? Vink dan de setting aan waarbinnen de organisatie werkzaam is. Als meerdere settings betrokken zijn, kies dan de belangrijkste setting.

Wil de organisatie verschillen tussen zorgsettings zichtbaar maken? Vink dan de settings aan die de organisatie wil vergelijken.

Wil de organisatie verschillen tussen afdelingen/teams binnen een setting zichtbaar maken? Vink dan de setting aan en vul daaronder de namen van de betreffende afdelingen/teams in. N.B. Het kan ook een andere organisatie-eenheid zijn, zoals locaties of regio's. Belangrijk is dat het op basis van de ingevoerde naam duidelijk is welke eenheden worden vergeleken.

Meerdere antwoorden mogelijk

☐ Verpleeghuis/woonzorgcentrum

- ☐ Thuiszorg/wijkverpleging
- ☐ Hospice/bijna-thuis-huis
- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Verstandelijk gehandicapten organisatie
- ☐ GGZ-organisatie
- ☐ Verslavingszorg organisatie

Vul de namen van de teams/afdelingen in waarbinnen de zelfevaluatie wordt uitgevoerd

Vul dit alleen in als de organisatie verschillen tussen afdelingen/teams binnen een setting zichtbaar wil maken.

Naam 1:

Naam 3:

Naam 2:

Naam 4:

Structuur

Met de vragen hieronder brengt de organisatie in kaart welke rol palliatieve zorg speelt binnen de organisatie. Exacte aantallen zijn niet nodig; een globale inschatting is prima.

Aan hoeveel patiënten heeft de organisatie het afgelopen jaar zorg verleend?

Aan hoeveel patiënten in de palliatieve fase (levensverwachting ≤ 1 jaar) heeft de organisatie het afgelopen jaar zorg verleend?

Hoeveel overlijdens waren er afgelopen jaar?

Beleid

Controleer de beleidsdocumenten op informatie over palliatieve zorg.

Palliatieve zorg

Is palliatieve zorg opgenomen in het beleid?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Is palliatieve zorg opgenomen in het beleid?':

Zijn er doelstellingen voor palliatieve zorg beschreven in het beleid?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Is palliatieve zorg opgenomen in het beleid?':

Zijn er specifieke activiteiten om deze doelstellingen te bereiken beschreven in het beleid?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Is palliatieve zorg opgenomen in het beleid?':

Is dit beleid gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is proactieve zorgplanning opgenomen als vast onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is er in de organisatie, beleid voor persoonlijke balans voor zorgverleners (ondersteuning van medewerkers, vitaliteit en werkplezier)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Perspectief patiënten en naasten

Worden patiënten en naasten betrokken bij de totstandkoming van het palliatieve zorgbeleid?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Neemt de organisatie uitkomsten over tevredenheid van patiënten over de palliatieve zorg mee in het opstellen van beleid?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Wordt structureel nagegaan of de zorg aansluit bij de waarden, wensen en behoeften van patiënten en naasten?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Toelichting

Wat is over het palliatieve zorgbeleid nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed ten aanzien van het palliatieve zorgbeleid en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van het palliatieve zorgbeleid en wat moet daarvoor opgelost worden?

Deskundigheid

Generalistisch niveau

Een generalist palliatieve zorg is een zorgverlener met basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg.

Welke minimale eisen stelt de organisatie aan de basiskennis en -vaardigheden van de medewerkers op het gebied van palliatieve zorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Kennis en vaardigheden rond de 8 essenties van het Kwaliteitskader palliatieve zorg (markering, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, individueel zorgplan, coördinatie en continuïteit, deskundigheid, effectieve communicatie, persoonlijke balans)
- ☐ Kennis en vaardigheden rond de vier dimensies (fysieke, psychische, sociale, spirituele dimensie)
- ☐ Kennis en vaardigheden rond de overige domeinen van het Kwaliteitskader palliatieve zorg (kernwaarden en principes, stervensfase, verlies en rouw, cultuur, ethisch en juridisch, interdisciplinaire zorg, mantelzorg, netwerk, kwaliteit en onderzoek)
- ☐ Geen specifieke eisen (palliatieve zorgkennis wordt aan medewerkers zelf overgelaten)

Hoe zorgt de organisatie ervoor dat medewerkers voldoen aan de gestelde eisen voor deskundigheid in palliatieve zorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Interne deskundigheidsbevordering (bijv. scholingen, intervisie, casuïstiekbesprekingen)
- ☐ Externe trainingen/cursussen palliatieve zorg (kortdurend, thematisch)
- ☐ Deelname aan netwerkbijeenkomsten en regionale activiteiten
- ☐ Deelname aan congressen, symposia of externe scholingen palliatieve zorg
- ☐ Opleidingstrajecten palliatieve zorg (bijv. post-HBO voor verpleegkundigen, scholing voor verzorgenden, of kaderopleiding palliatieve zorg voor artsen)
- ☐ E-learning of digitale scholingsmodules palliatieve zorg
- ☐ Geen

Hoe wordt nagegaan of medewerkers handelen volgens het palliatieve zorgbeleid of de minimale eisen voor palliatieve zorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Intercollegiale toetsing
- ☐ Jaargesprek
- ☐ Anders, namelijk:
- ☐ Dit toetsen wij niet/leggen wij niet vast

Hoe ondersteunt de organisatie de medewerkers bij het verlenen van palliatieve zorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Richtlijnen
- ☐ Werkinstructies
- ☐ Gebruik van meetinstrumenten
- ☐ Interne consultatie mogelijkheden
- ☐ Anders, namelijk:
- ☐ Geen

Specialistisch niveau

Een specialist palliatieve zorg is een zorgverlener met een specifieke, erkende opleiding en deskundigheid in complexe palliatieve zorg. Deze specialist biedt ondersteuning, advies en consultatie aan andere zorgverleners in het multidisciplinair team.

Welke specialisten palliatieve zorg zijn op dit moment werkzaam in de organisatie?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Kaderartsen palliatieve zorg
- ☐ Palliatieve zorg verpleegkundigen (competentieprofiel van V&VN; Kwalificatieniveau NLQF 6; post HBO palliatieve zorg)
- ☐ Geestelijk verzorgers
- ☐ Gespecialiseerd verzorgende palliatieve zorg (GVPZ) (competentieprofiel van V&VN)
- ☐ Verpleegkundig specialist (VS) palliatieve zorg
- ☐ Anders, namelijk:
- ☐ Geen

Welke eisen stelt de organisatie aan gespecialiseerde medewerkers bij het bekwaam en up-to-date blijven ten aanzien van palliatieve zorg?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ **Erkende scholing en ervaring:** zorgverleners hebben een afgeronde erkende opleiding palliatieve zorg, met aantoonbare ervaring en vaardigheden om te voldoen aan multidimensionele behoeften (fysiek, psychisch, sociaal, spiritueel)
- ☐ **Interdisciplinair samenwerken:** zorgverleners werken actief samen in teamverband (eerstelijns, tweedelijns, transmuraal) en dragen bij aan integrale zorg
- ☐ **Zelfreflectie en copingvaardigheden:** zorgverleners zijn opgeleid en getraind in zelfreflectie en het ontwikkelen van effectieve copingvaardigheden
- ☐ **Deskundigheid bijhouden en registreren:** zorgverleners houden hun deskundigheid aantoonbaar bij, bijvoorbeeld via een discipline gebonden register
- ☐ **Scholing geven aan anderen:** zorgverleners verzorgen onderwijs (bedside- en discipline-overstijgend) om de ontwikkeling van generalistische palliatieve zorg te bevorderen
- ☐ **Geen specifieke eisen:** palliatieve zorgkennis wordt aan gespecialiseerde medewerkers zelf overgelaten

Zijn er intern in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners beschikbaar voor consultatie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Zijn er intern in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners beschikbaar voor consultatie?':

Zijn er afspraken gemaakt over INTERNE consultatie van specialisten palliatieve zorg binnen de organisatie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Zijn er intern in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners beschikbaar voor consultatie?':

Wanneer en hoe wordt de specialist palliatieve zorg ingezet?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ **Bij complexe situaties:** de specialist wordt ingeschakeld bij multidimensionele problematiek (fysiek, psychisch, sociaal, spiritueel) of bij ethische en culturele vraagstukken
- ☐ **Bij specifieke doelgroepen:** de specialist wordt ingeschakeld bij zorg voor kinderen, kwetsbare ouderen, mensen met een beperking of andere bijzondere patiëntengroepen
- ☐ **Op basis van markering:** de specialist wordt betrokken na markering van de palliatieve fase, bijvoorbeeld bij gezamenlijke besluitvorming of proactieve zorgplanning
- ☐ **Op verzoek van het team:** de specialist wordt ingeschakeld wanneer generalistische zorgverleners hun eigen grenzen in deskundigheid of vaardigheden signaleren
- ☐ **Structureel betrokken:** de specialist maakt standaard deel uit van de zorg (bv. als vast lid van een multidisciplinair team of MDO).
- ☐ **Niet structureel:** inzet van specialist palliatieve zorg is niet vastgelegd, gebeurt alleen ad hoc.

Vrijwilligers

Welke eisen stelt de organisatie aan de vaardigheden en deskundigheid van vrijwilligers?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ **Niet van toepassing:** er werken binnen de organisatie momenteel geen vrijwilligers
- ☐ **Afstemmen en samenwerken:** vrijwilligers zijn inhoudelijk deskundig in het afstemmen op de patiënt (vier dimensies: fysiek, psychisch, sociaal, spiritueel) en in het samenwerken met anderen

- ☐ **Zelfreflectie:** vrijwilligers zijn opgeleid en getraind in zelfreflectie
- ☐ **Copingvaardigheden:** vrijwilligers zijn opgeleid en getraind in het ontwikkelen van effectieve copingvaardigheden
- ☐ **Bewustzijn van eigen grenzen:** vrijwilligers zijn zich bewust van hun eigen waarden en overtuigingen, en signaleren tijdig wanneer hun deskundigheid tekortschiet, zodat zij ondersteuning, begeleiding of scholing vragen
- ☐ **Geen specifieke eisen:** palliatieve zorgkennis en vaardigheden worden aan vrijwilligers zelf overgelaten

Toelichting

Wat is over deskundigheid in palliatieve zorg nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed rondom deskundigheid binnen de palliatieve zorg en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt rondom deskundigheid binnen de palliatieve zorg en wat moet daarvoor opgelost worden?

Netwerk

Op welke wijze is de organisatie betrokken bij het Netwerk Palliatieve Zorg en wat doet de organisatie voor het netwerk?

Binnen het netwerk hebben wij afspraken over:

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Samenwerking rondom de palliatieve patiënt
- ☐ Overdracht van palliatieve zorg
- ☐ Verwijsprocedures rond palliatieve zorg
- ☐ PaTz groepen
- ☐ Vast aanspreekpunt palliatieve zorg
- ☐ Geen

Neemt de organisatie deel aan PaTz-groepen?

De afkorting PaTz staat voor Palliatieve zorg Thuis. Een PaTz groep is een groep van huisartsen, wijkverpleegkundigen en vaak een consulent palliatieve zorg die samen patiënten in de laatste levensfase bespreken.

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt
- ☐ Niet mee bekend

Worden EXTERNE in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners geconsulteerd?

- ☐ Ja, we maken hier gebruik van, namelijk:

- ☐ Nee, we maken hier geen gebruik van, omdat:

- ☐ Weet ik niet

Wat is voor de organisatie de meerwaarde van het Netwerk Palliatieve Zorg?

Toelichting

Wat is over het Netwerk Palliatieve Zorg nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed in het Netwerk Palliatieve Zorg en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van het Netwerk Palliatieve Zorg en wat moet daarvoor opgelost worden?

Fase 2:

Palliatieve zorg in de praktijk

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

De volgende onderwerpen komen aan bod:

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

Vorbereiding

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

Markering

Wat betekent het begrip markering volgens de werkgroep?

Wordt er actief gemarkeerd voor:

Het laatste levensjaar

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt (hospice)

Het verschuiven van ziektegerichte naar de symptoomgerichte palliatieve zorg

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt (hospice)

De stervensfase

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt (verslavingszorg)

Is er in het dossier een vaste plek voor registratie van markering?

- ☐ Ja, op de volgende plek in het dossier:

- ☐ Nee
- ☐ Onbekend

Niet invullen als bij fase 1, bij setting 'Hospice' is ingevuld:

Welke algemene markeringsinstrumenten gebruiken medewerkers?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Surprise question (SQ)
- ☐ Dubbele Surprise Question
- ☐ Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)
- ☐ Geen

Niet invullen als bij fase 1, bij setting 'Hospice' is ingevuld:

Welke ziektespecifieke aanbevelingen en/of hulpmiddelen voor het inventariseren van kwetsbaarheid gebruiken medewerkers?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ I-HARP (chronisch Hartfalen)
- ☐ I-HARP (COPD)
- ☐ Selecteren met ICPC-codes (PaTz)
- ☐ Geen

Niet invullen als bij fase 1, bij setting 'Verslavingszorg' is ingevuld:

Welke vervolgstappen nemen medewerkers na de markering van de stervensfase bij een patiënt?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Medewerkers zetten het Zorgpad Stervensfase in
- ☐ Anders, namelijk:
- ☐ Geen

Toelichting

Wat is over markering nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij markering van palliatieve zorg en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt bij markering van palliatieve zorg en wat moet daarvoor opgelost worden?

Gezamenlijke besluitvorming

Wat is gezamenlijke besluitvorming volgens de werkgroep en wie heeft welke rol?

Maken de patiënt en naasten samen met de zorgverlener keuzes voor de zorg, en stemmen zij deze af op de persoonlijke situatie en op realiseerbare waarden, wensen en behoeften?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Informeert de zorgverlener de patiënt en/of naasten over de verschillende keuzemogelijkheden, de mogelijke consequenties, en de bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Houden zorgverleners rekening met hoeveel eerlijkheid en informatie de patiënt en naasten willen, en hoe zij willen meebeslissen? (denk aan verschillen door religie, cultuur of coping)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe stimuleert de organisatie haar zorgverleners bij gezamenlijke besluitvorming?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Werkafspraken (afspraken of richtlijnen over hoe gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt)
- ☐ Deskundigheidsbevordering (scholing/training/intervisie)
- ☐ Tijd voor besluitvormingsgesprekken
- ☐ Geen stimulering

Toelichting

Wat is over gezamenlijke besluitvorming nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij gezamenlijke besluitvorming tijdens de palliatieve zorg en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt bij gezamenlijke besluitvorming en wat moet daarvoor opgelost worden?

--

Proactieve zorgplanning

Wat is proactieve zorgplanning volgens de werkgroep en wie heeft welke rol?

Op welke momenten in het ziekteproces vindt proactieve zorgplanning plaats?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Markeren van de palliatieve fase
- ☐ In een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie
- ☐ Bij verwachte functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid
- ☐ Bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid
- ☐ Bij overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling
- ☐ Bij meerdere ziekenhuisopnames in een relatief korte periode
- ☐ Als de voordelen van ziekte- of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen
- ☐ Bij opname in een verpleeghuis of hospice
- ☐ Bij ernstig fysiek, psychisch, sociaal of spiritueel lijden
- ☐ Op aangeven of signalen van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers
- ☐ Niet

Als bij fase 1, setting 'Hospice' is ingevuld:

Op welke momenten in het ziekteproces vindt proactieve zorgplanning plaats?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Bij verwachte functionele of cognitieve achteruitgang door ziekte of kwetsbaarheid
- ☐ Bij progressie van ziekte of kwetsbaarheid
- ☐ Als de voordelen van ziekte- of symptoomgerichte behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen
- ☐ Bij opname in een verpleeghuis of hospice
- ☐ Bij ernstig fysiek, psychisch, sociaal of spiritueel lijden
- ☐ Op aangeven of signalen van patiënt, naasten, zorgverleners of vrijwilligers
- ☐ Niet

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als bij fase 1, setting 'Verslavingszorg' is ingevuld:

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Welke onderwerpen bespreken zorgverleners met de patiënt en naasten over het levenseinde?

Meerdere antwoorden mogelijk

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

Is er in het dossier een vaste plek voor registratie van proactieve zorgplanningsafspraken?

- ☐ Ja, op vaste plek in het dossier, namelijk:

- ☐ Nee
- ☐ Onbekend

Slaan zorgverleners een (narratief) verslag van een gesprek over proactieve zorgplanning op een vaste plek in het dossier op?

- ☐ Ja, op vaste plek in het dossier, namelijk:

- ☐ Nee
- ☐ Onbekend

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Actualiseren zorgverleners, in overleg met de regiebehandelaar, de behandelwensen en -grenzen na een vervolgesprek over proactieve zorgplanning?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Wanneer een patiënt een (wettelijk) vertegenwoordiger heeft, vermelden zorgverleners dit altijd op een vaste plek in het dossier, inclusief de contactgegevens?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Gebruiken zorgverleners het landelijk format 'Uniform vastleggen proactieve zorgplanning' of een ECD-variant daarvan voor het transmuraal overdragen van behandelwensen en -grenzen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Niet mee bekend

Op welke wijze stimuleert de organisatie haar zorgverleners in proactieve zorgplanning (PZP)?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Werkafspraken over proactieve zorgplanning
- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Mogelijkheid registreren PZP-afspraken in ECD/EPD
- ☐ Mogelijkheid digitale gegevensuitwisseling over PZP
- ☐ Geen

Toelichting

Wat is over proactieve zorgplanning nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij proactieve zorgplanning en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van proactieve zorgplanning en wat moet daarvoor opgelost worden?

Individueel zorgplan

Is er iemand verantwoordelijk voor het opstellen en bijstellen van het individueel zorgplan?

☐ Ja, namelijk:

- ☐ Ja, psycholoog
- ☐ Ja, psychiater
- ☐ Ja, verslavingsarts
- ☐ Nee

Is het individueel zorgplan elektronisch beschikbaar voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt zelf?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Nee' is ingevuld bij de vraag 'Is het individueel zorgplan elektronisch beschikbaar voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt zelf':

Is er een papieren exemplaar aanwezig bij de patiënt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Nee' is ingevuld bij de vraag 'Is het individueel zorgplan elektronisch beschikbaar voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt zelf':

Op welke manier houden de verschillende betrokkenen elkaar op de hoogte van de actuele situatie en afspraken?

Toelichting

Wat is over het individueel zorgplan nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij het individueel zorgplan en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van het individueel zorgplan en wat moet daarvoor opgelost worden?

(On)welbevinden op de vier dimensies

Zorg op de vier dimensies

Ontbreekt kennis bij zorgverleners op de vier dimensies?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Ontbreekt kennis bij zorgverleners op de vier dimensies?':

Op welke dimensies?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Fysiek
- ☐ Psychisch
- ☐ Sociaal
- ☐ Spiritueel
- ☐ Geen

Leggen zorgverleners in het individueel zorgplan de waarden, wensen en behoeften van de patiënt op alle vier dimensies vast en koppelen ze deze aan nog te behalen doelen?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Richtlijnen

Gebruiken zorgverleners de landelijke richtlijnen palliatieve zorg bij de behandeling van klachten en zorgen op de vier dimensies?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Ja, we maken gebruik van de volledige richtlijnen
- ☐ Ja, we gebruiken de samenvatting in de app PalliArts
- ☐ Nee, we maken er geen gebruik van omdat:

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Gebruiken zorgverleners de landelijke richtlijnen palliatieve zorg bij de behandeling van klachten en zorgen op de vier dimensies?':

Welke richtlijnen gebruiken zorgverleners in dat geval?

Als 'Ja' is ingevuld bij de vraag 'Gebruiken zorgverleners de landelijke richtlijnen palliatieve zorg bij de behandeling van klachten en zorgen op de vier dimensies?':

Hoe gebruiken zorgverleners de richtlijnen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ We raadplegen de richtlijn bij het opstellen en bijstellen van het zorgplan
- ☐ We raadplegen de richtlijnen tijdens de artsensite
- ☐ We raadplegen de richtlijnen tijdens het MDO of andere patiënt overleggen
- ☐ We raadplegen de richtlijnen alleen bij complexe situaties
- ☐ We bespreken richtlijnen tijdens scholing of team overleggen

Meetinstrumenten

Hoe stimuleert de organisatie haar zorgverleners om meetinstrumenten te gebruiken?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Werkafspraken over gebruik van meetinstrumenten
- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Beschikbaarheid meetinstrumenten binnen ECD/EPD
- ☐ Geen

Gebruiken zorgverleners meetinstrumenten in de palliatieve zorg?

- ☐ Ja, namelijk:

- ☐ Nee, we maken er geen gebruik van omdat:

Toelichting

Wat is over (on)welbevinden op de vier dimensies nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij (on)welbevinden op de vier dimensies en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van (on)welbevinden op de vier dimensies en wat moet daarvoor opgelost worden?

Zorg voor naasten en nabestaanden

Erkenning en steun

Geven zorgverleners tijdens de palliatieve fase structureel aandacht en erkenning aan de naasten (bijvoorbeeld door actief te vragen hoe het met hen gaat en welke steun zij nodig hebben)?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Informatie en samenwerking

Worden naasten actief geïnformeerd en betrokken bij de zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld over ziekteverloop, beschikbare hulp en hun rol als partner in de zorg)?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Nazorg

Wordt er na het overlijden standaard een nazorggesprek aangeboden aan nabestaanden, met zo nodig verwijzing naar rouw- of verliesondersteuning?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Toelichting

Wat is over zorg voor naasten en nabestaanden nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij de zorg voor naasten en nabestaanden en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van zorg voor naasten en nabestaanden en wat moet daarvoor opgelost worden?

Coördinatie en continuïteit

Centrale zorgverlener

Wat verstaat de werkgroep onder de centrale zorgverlener?

Heeft elke patiënt in de palliatieve fase een centrale zorgverlener?

- ☐ Ja
☐ Nee

Als 'Ja' is ingevuld bij 'Hoe wordt bepaald wie de centrale zorgverlener is?':

Hoe wordt bepaald wie de centrale zorgverlener is?

- ☐ Hier is geen vaste werkwijze voor
☐ Dit is de regiebehandelaar (in het verleden hoofdbehandelaar)
☐ Dit is de persoonlijk begeleider van de woning waar de patiënt woont
☐ Dit is de eerstverantwoordelijke zorgverlener
☐ De rol van centrale zorgverlener is niet vast belegd, het team bespreekt wie deze rol kan vervullen

Maken zorgverleners afspraken met de patiënt en naaste over hoe, waarvoor en wanneer zij hun centrale zorgverlener kunnen bereiken?

- ☐ Dit weet de patiënt niet
☐ Dit wordt bij opname met de patiënt besproken
☐ Het staat in het dossier van de patiënt

Hoe informeren zorgverleners elkaar over wie de centrale zorgverlener van een patiënt is?

Interdisciplinair samenwerken en Consultatie

Wat betekent multidisciplinair overleg (MDO) volgens de organisatie?

Als bij fase 1, setting 'Verslavingszorg' is ingevuld:

Op welke momenten vindt afstemming plaats met de betrokken hulpverleners?

Worden actuele en te verwachten problemen op alle vier dimensies structureel besproken tijdens een MDO?

- ☐ Altijd
☐ Meestal
☐ Soms
☐ Nooit

Zijn de uitkomsten (inclusief Overwegingen) van het MDO terug te vinden voor alle betrokken zorgverleners?

- ☐ Ja
☐ Nee

Worden bij complexe situaties in de palliatieve fase andere disciplines binnen de organisatie geconsulteerd?

- ☐ Ja
☐ Nee

Als 'Nee' is ingevuld bij de vraag 'Worden bij complexe situaties in de palliatieve fase andere disciplines binnen de organisatie geconsulteerd?':

Waarom niet?

- ☐ Niet duidelijk welke andere discipline geraadpleegd kunnen worden voor consultatie
☐ Niet duidelijk hoe andere discipline geraadpleegd kunnen worden voor consultatie

Wordt het individueel zorgplan aangepast op basis van de uitkomsten van evaluaties, MDO en consultatie?

- ☐ Ja
☐ Nee

Consultatie palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener/consulent

Maken medewerkers in de organisatie gebruik van deze externe consultatiefunctie?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Onbekend

Conclusies

Wat is over coördinatie en continuïteit nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Toelichting

Wat gaat goed bij coördinatie en continuïteit en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van coördinatie en continuïteit en wat moet daarvoor opgelost worden?

--

Persoonlijke balans

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

In hoeverre of op welke wijze faciliteert de organisatie aandacht voor persoonlijke balans van zorgverleners?

Meerdere antwoorden mogelijk

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

Toelichting

Wat is over persoonlijke balans nog niet aan bod gekomen, maar is wel belangrijk voor een volledig beeld?

Conclusies

Wat gaat goed bij persoonlijke balans en hoe komt dat?

Wat is het belangrijkste knelpunt van persoonlijke balans en wat moet daarvoor opgelost worden?

Fase 3:

Dossieronderzoek

Een kleine groep werkgroepleden voert het dossieronderzoek uit. Gegevens uit elk dossier wordt per patiënt ingevuld.

Onderdelen die aan bod komen:

1. Kenmerken
2. Markering [Domein 2.1]
3. Gezamenlijke besluitvorming [Domein 2.2]
4. Proactieve zorgplanning [Domein 2.3]
5. Zorgplan [Domein 2.4 en 3 t/m 6]
6. Coördinatie en continuïteit [Domein 2.7]

Kenmerken

Wat is het geslacht van de patiënt?

- ☐ Vrouw
- ☐ Man
- ☐ Anders

Wat is het geboorteland van de patiënt?

- ☐ Nederland
- ☐ Ander land in Europa
- ☐ Land buiten Europa
- ☐ Onbekend

Tot welke diagnosegroep behoort de aandoening waaraan de patiënt naar verwachting zou overlijden?

- ☐ Oncologisch
- ☐ Orgaanfalen (bijv. hartfalen, COPD, nierfalen)
- ☐ Degeneratieve ziekten (bijv. dementie, Parkinson, ALS)
- ☐ Infectieziekten
- ☐ Frailty (kwetsbaarheid bij hoge ouderdom en/of multimorbiditeit)
- ☐ Verslaving
- ☐ Overig

Markering

Is het laatste levensjaar gemarkeerd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt (hospice)

Is de markering van het laatste levensjaar besproken met de patiënt en/of naasten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Nvt (hospice)

Zijn er markeringsinstrumenten gebruikt?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Surprise Question
- ☐ Dubbele Surprise Question
- ☐ Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) I-HARP
- ☐ Selecteren met ICPC-codes (PaTz)
- ☐ Geen
- ☐ Nvt (hospice)

Is de stervensfase gemarkeerd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is de markering van de stervensfase besproken met de patiënt en/of naasten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is het Zorgpad Stervensfase ingezet?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Gezamenlijke besluitvorming

Is er sprake van ‘gezamenlijke besluitvorming’?

Baseer je antwoord op onderstaande kenmerken van gezamenlijke besluitvorming:

- Een continu proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.
- En waarbij de patiënt en diens naasten passend zijn voorgelicht over de aard van de ziekte of kwetsbaarheid en de prognose.
- En waarbij de patiënt en diens naasten zijn geïnformeerd over de verschillende keuzemogelijkheden, de mogelijke consequenties en bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden.
- En waarbij de zorgverlener zich door de patiënt heeft laten informeren over wat en wie voor hemzelf van waarde is en welke waarden, wensen en behoeften in deze periode van het leven voor hem belangrijk zijn bij het maken van zijn keuzes.

☐ Ja

☐ Nee

Proactieve zorgplanning

PZP

Is bij wilsonbekwame patiënten vastgelegd wie de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt is en wat diens contactgegevens zijn?

- ☐ Patiënt is wilsbekwaam m.b.t. medische behandelbeslissingen
- ☐ Patiënt is wilsonbekwaam, wettelijke vertegenwoordiger vastgelegd
- ☐ Patiënt is wilsonbekwaam, wettelijke vertegenwoordiger NIET vastgelegd
- ☐ Wils(on)bekwaamheid is niet geregistreerd

Is er een (narratief) verslag van een gesprek over proactieve zorgplanning?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Behandelwens- of grens

Is concreet en eenduidig beschreven wat de behandelwens- of grens is:

Wat belangrijk is voor de patiënt

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe te handelen in scenario's die waarschijnlijk of mogelijk (op korte termijn) zullen optreden in het ziekteproces van de patiënt

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe te handelen in situaties waarin overleg niet mogelijk is (wie mag namens de patiënt beslissen)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is de gewenste plek van overlijden geregistreerd?

- ☐ Thuis
- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Verpleeghuis/woonzorgcentrum
- ☐ Hospice/bijna-thuis-huis/palliatieve unit
- ☐ Onbekend

Op welke plek is de patiënt overleden?

- ☐ Thuis
- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Verpleeghuis/woonzorgcentrum
- ☐ Hospice/bijna-thuis-huis/palliatieve unit
- ☐ Onbekend

Zijn er op de vaste plek in het dossier proactieve zorgplanningsafspraken vastgelegd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zorgplan

Methodiek palliatief redeneren

In de tabel zie je voorbeelden van veelvoorkomende lichamelijke, psychische, sociale en spirituele symptomen. Standaard staat elk symptoom op 'niet van toepassing'.

Vind je een symptoom in het dossier? Klik dan op het symptoom. Verander 'niet van toepassing' in 'ja'. Daarna kun je per stap van het palliatief redeneren aangeven of deze stap wel of niet is gevolgd.

Ander symptoom gevonden? Staat het niet in de tabel? Klik dan op 'Nieuw symptoom toevoegen' en vul het toe.

Goed of fout? Er is geen goed of fout. Een symptoom kan lichamelijk, psychisch, sociaal of spiritueel zijn. Het belangrijkste is dat je een compleet beeld krijgt van welke symptomen in het dossier staan en hoe vaak ze voorkomen.

Kijk op de volgende pagina voor de bijbehorende tabel.

Zorgplan

Staat in het dossier zorg voor de naasten beschreven?

☐ Ja

☐ Nee

Coördinatie en continuïteit

Is vastgelegd wie de centrale zorgverlener is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is er een verslag van uitkomsten en overwegingen uit het MDO?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Is zichtbaar dat het individueel zorgplan wordt aangepast op basis van de uitkomsten van evaluaties, MDO en consultatie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Fase 4:

Verbeterplan

Het verbeterplan helpt de palliatieve zorg te verbeteren. Op basis van de zelfevaluatie kiest de organisatie één tot vier prioriteiten. Dit betekent dat één tot vier onderwerpen uit de zelfevaluatie worden uitgekozen. De organisatie bedenkt concrete acties om deze onderwerpen te verbeteren. Het plan wordt één keer voor de hele organisatie ingevuld. Per setting of organisatie-eenheid kunnen extra details worden ingevuld.

Wat wilde de organisatie bereiken met de zelfevaluatie?

[Zie antwoord op pagina 2 bij de vraag: 'Wat is voor de organisatie de reden om deze zelfevaluatie te doen?']

Welk onderwerp kiest de organisatie om palliatieve zorg te verbeteren?

- ☐ Beleid
- ☐ Markering
- ☐ Gezamenlijke besluitvorming
- ☐ Proactieve zorgplanning
- ☐ Individueel zorgplan
- ☐ (On)welbevinden op de vier dimensies
- ☐ Zorg voor naasten en nabestaanden
- ☐ Coördinatie en continuïteit
- ☐ Netwerk Palliatieve Zorg
- ☐ Deskundigheid
- ☐ Persoonlijke balans

Wat zijn verbeteracties?

Beschrijf deze zo concreet mogelijk

Verbeteractie 1:

Max. 100 woorden

--

Wie is verantwoordelijk?

--

Startdatum verbeteractie:

--

Einddatum verbeteractie:

--

Verbeteractie 2:

Max. 100 woorden

--

Wie is verantwoordelijk?

--

Startdatum verbeteractie:

--

Einddatum verbeteractie:

--

Verbeteractie 3:

Max. 100 woorden

--

Wie is verantwoordelijk?

--

Startdatum verbeteractie:

--

Einddatum verbeteractie:

--

Verbeteractie 4:

Max. 100 woorden

--

Wie is verantwoordelijk?

--

Startdatum verbeteractie:

--

Einddatum verbeteractie:

--

Verbeteractie 5:

Max. 100 woorden

--

Wie is verantwoordelijk?

--

Startdatum verbeteractie:

--

Einddatum verbeteractie:

--

Zijn er specifieke verbeteracties per setting of organisatie-eenheid?



Evaluatie

Je hebt de zelfevaluatie afgerond, gefeliciteerd! Graag ontvangen we jouw feedback op het uitvoeren van de zelfevaluatie. We gebruiken de resultaten om de zelfevaluatie doorlopend te verbeteren. Het invullen kost je maximaal 10 minuten.

Hoe positief was de algemene ervaring met het uitvoeren van de zelfevaluatie?

- ☐ Zeer positief
- ☐ Positief
- ☐ Neutraal
- ☐ Negatief
- ☐ Zeer negatief

Welk cijfer (1 t/m 10) geef je de zelfevaluatie?

In hoeverre heeft de zelfevaluatie bijgedragen aan bewustwording bij jou en collega's van wat palliatieve zorg inhoudt?

- ☐ In hoge mate
- ☐ In zekere mate
- ☐ Enigszins
- ☐ Nauwelijks
- ☐ Helemaal niet

In hoeverre heeft de zelfevaluatie inzicht gegeven in mogelijkheden om de palliatieve zorg te verbeteren?

- ☐ In hoge mate
- ☐ In zekere mate
- ☐ Enigszins
- ☐ Nauwelijks
- ☐ Helemaal niet

Heeft de zelfevaluatie geleid tot concrete verbeteracties of -plannen?

- ☐ Ja, meerdere acties
- ☐ Ja, één of enkele acties
- ☐ Nog niet, maar wel gepland
- ☐ Nee

In hoeverre heeft de zelfevaluatie kennisuitwisseling en gezamenlijk leren binnen het Netwerk Palliatieve Zorg gestimuleerd?

- ☐ In hoge mate
- ☐ In zekere mate
- ☐ Enigszins
- ☐ Nauwelijks
- ☐ Helemaal niet

Welke onderdelen van de zelfevaluatie waren het meest eenvoudig?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Visie op palliatieve zorg (Fase 1)
- ☐ Palliatieve zorg in de praktijk (Fase 2)
- ☐ Dossieronderzoek (Fase 3)
- ☐ Verbeterplan (Fase 4)
- ☐ Technische uitvoering (bijv. applicatie of invoer)
- ☐ Samenwerking binnen het team
- ☐ Anders namelijk:

Welke onderdelen van de zelfevaluatie waren het meest uitdagend?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Visie op palliatieve zorg (Fase 1)
- ☐ Palliatieve zorg in de praktijk (Fase 2)
- ☐ Dossieronderzoek (Fase 3)
- ☐ Verbeterplan (Fase 4)
- ☐ Technische uitvoering (bijv. applicatie of invoer)
- ☐ Samenwerking binnen het team
- ☐ Anders namelijk:

Hoe duidelijk vond je de opzet en de handleiding van de zelfevaluatie?

- ☐ Zeer duidelijk
- ☐ Duidelijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Onduidelijk
- ☐ Zeer onduidelijk

Welke ondersteuning had geholpen om de zelfevaluatie makkelijker of effectiever uit te voeren?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Meer uitleg (handleiding)
- ☐ Introductiesessie
- ☐ Ondersteuning in gebruik software
- ☐ Begeleiding door NPZ
- ☐ Advisering door Stichting PZNL
- ☐ Geen extra ondersteuning nodig

Hoeveel uren heeft het doen van de zelfevaluatie jullie (alle betrokkenen) in totaal gekost?

Aantal uren:

Overweegt de organisatie om de zelfevaluatie in de toekomst te herhalen?

- ☐ Ja, binnen 1 jaar
- ☐ Ja, binnen 2-3 jaar
- ☐ Mogelijk, afhankelijk van omstandigheden
- ☐ Nee

Wilt u nog een opmerking of suggestie delen over de zelfevaluatie?

Max. 100 woorden

Wil je in twee zinnen beschrijven wat de zelfevaluatie de organisatie heeft opgeleverd?

Max. 100 woorden

Mogen we deze zinnen gebruiken voor promotiedoeleinden? We nemen dan eerst contact met je op.

☐ Ja

☐ Nee