

Zorgmodule palliatieve zorg

Begeleiding en evaluatie van de proefimplementatie

Vragenlijst voor de implementatie van de zorgmodule palliatieve zorg

Wat is al gerealiseerd en wat moet nog gedaan worden om te kunnen zeggen 'we voldoen aan hetgeen in de zorgmodule staat'.

Naam organisatie / keten / netwerk:	
Naam invuller:	
Datum van invullen:	

Inleiding

De zorgmodule palliatieve zorg versie 1.0 is in december 2013 gepubliceerd. Deze is van toepassing op dát stadium van een palliatief traject waarin men de vraag 'zou je verrast zijn als een patiënt binnen een jaar overlijdt' met 'nee' beantwoordt. Deze vraag (de zogenaamde surprise question) is subjectief en niet gemakkelijk te beantwoorden. En dat is ook de bedoeling. Want het gaat er vooral om bewustwording en een perspectiefwisseling op gang te brengen bij betrokkenen en het stadium te markeren waarin de situatie van de patiënt (of naasten) zich kan wijzigen door snelle achteruitgang en het maken van goede afspraken en vooruit kijken – nog meer dan anders – nodig is. Palliatieve zorg kan en zal ook vaak al eerder aan de orde zijn. En ook dan is hetgeen in deze zorgmodule staat bruikbaar om de zorg waar nodig te verbeteren.

De zorgmodule is uitgeprobeerd in de praktijk in de zogenaamde proefimplementatie (september 2014 – september 2015) die door ZorgEssentie en Dock4& is uitgevoerd in opdracht van ZonMw en binnen het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. Centrale vraag van de proefimplementatie was: Wordt de zorgmodule als zinvol, bruikbaar, werkbaar en betaalbaar ervaren in de praktijk? In dat traject is dit hulpmiddel ontwikkeld als houvast voor zorgaanbieders bij het implementeren van de zorgmodule, om de bruikbaarheid van de zorgmodule te vergroten.

Doel van deze vragenlijst

Door het beantwoorden van de vragen uit deze vragenlijst, krijgt een zorgorganisatie (en/of leden van de keten en/of het netwerk) zicht op wat al gerealiseerd is en wat nog gedaan moet worden om te kunnen zeggen 'we voldoen aan hetgeen in de zorgmodule staat'. Eén of meerdere personen kunnen de vragenlijst invullen. Op basis daarvan kan een plan van aanpak worden gemaakt, voor een (regionale) implementatie van de zorgmodule. Herhaaldelijk invullen van de vragenlijst, geeft zicht op de vooruitgang van de implementatie.

Opbouw van deze vragenlijst

In deze vragenlijst komen achtereenvolgend de thema's aan de orde die in de hoofdstukken 1 t/m 7 van de zorgmodule centraal staan. We noemen ze de bouwstenen van de zorgmodule. Bij elke bouwsteen is een kort overzicht van de normen uit de zorgmodule opgenomen: wat moet geregeld zijn als de zorgmodule geïmplementeerd is? Bij elke norm is aangegeven op welke pagina van de zorgmodule (p. x zm) de norm staat.

NB! Sommige onderwerpen komen in meerdere vragen terug, omdat ze in de zorgmodule ook op meerdere plekken staan. Sommige vragen omvatten meerdere onderwerpen (om aan te sluiten bij de zorgmodule). Als het antwoord dan 'deels' is, kan daarover uitleg gegeven worden aan het eind van de vragenlijst. Daar is namelijk ruimte voor aanvullende opmerkingen over WAT maar deels is geregeld of WAAROM iets wel of niet geïmplementeerd is (knelpunten) en kunnen succesfactoren benoemd worden.

Bouwstenen die aan de orde komen in dit normenoverzicht zijn:

Bouwsteen 1: **Visie en beleid voor palliatieve zorg** (betreft met name normen uit hoofdstuk 1 en 2)

Bouwsteen 2: **Markering van het palliatieve traject** (betreft met name normen uit hoofdstuk 3 en 4)

Bouwsteen 3: **Het individueel zorgplan** (betreft met name normen uit hoofdstuk 3 en 4)

Bouwsteen 4: **Deskundigheid voor het bieden van goede palliatieve zorg in alle stadia**
(betreft met name normen uit hoofdstuk 3, 4 en 5)

Bouwsteen 5: **Organisatie van palliatieve zorg** (betreft met name normen uit hoofdstuk 6)

Bouwsteen 6: **Kwaliteitsindicatoren** (hoofdstuk 7)

Naast deze vragenlijst is het normenoverzicht ook apart beschikbaar in een digitale versie. Vanuit de normen kan dan doorgeklikt worden naar de zorgmodule (en weer terug), zodat snel de bijbehorende informatie uit de zorgmodule gevonden kan worden. Deze vragenlijst en de digitale versie van het normenoverzicht (gekoppeld aan de zorgmodule) is te vinden op www.agora.nl en op te vragen bij smits@zorgessentie.nl.

Bouwsteen 1: Visie en beleid voor palliatieve zorg (hoofdstuk 1 en 2)

Het bieden van goede palliatieve zorg in de organisatie (netwerk / keten) vraagt om een gedragen visie, die is doorvertaald in concreet beleid en afspraken.

De organisatie (keten, netwerk) voldoet aan de vereisten van de zorgmodule als onderstaande vragen met 'ja' beantwoord worden.

Vragen

Aard van de palliatieve zorg / omschrijving van palliatieve zorg

1.1.a	Staat in visie en beleid dat de verkorte versie van de WHO definitie uit 2002 het uitgangspunt is van palliatieve zorg, waarbij aandacht is voor patiënten én naasten en waarin het multidimensionele karakter van palliatieve zorg tot uitdrukking komt? Palliatieve zorg is multidisciplinaire zorg. (p.12 zm)	Ja / deels/ nee / weet niet ¹
1.1.b	Staat in visie en beleid de markering van het verwachte laatste levensjaar (als zorgverleners niet verbaasd zouden zijn als een patiënt naar verwachting nog maar een jaar te leven heeft)? ² (p.12 zm)	ja / deels / nee / weet niet
1.1.c	Staat in visie en beleid dat de palliatieve fase onderdeel is van het leven en daarom niet onnodig wordt gemedicaliseerd? (p.14 zm)	ja / deels / nee / weet niet
1.1.d	Staat in visie en beleid dat palliatieve zorg generalistische zorg is (geboden door de eigen zorgverleners), die waar nodig specialistisch wordt ondersteund (consultatie) en die bij voorkeur thuis wordt geboden (waar de patiënt woont) of in een aangepaste setting zoals hospice? (p.33 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Vier stadia in de fase van palliatieve zorg

1.2.a	Staat in visie en beleid dat markering van het verwachte laatste jaar een cruciaal moment is? In dat stadium is namelijk veelal sprake van achteruitgang en doen zich vaak veel problemen voor. Ook kunnen de patiënt zelf of naasten het gevoel hebben dat de patiënt niet lang meer zal leven. Dit stadium vraagt uitdrukkelijk om een andere benadering van de patiënt (en naasten) en om andere doelen van zorg. Echter, ook daarvoor kan palliatieve zorg aan de orde zijn. (p.12 zm)	ja / deels / nee / weet niet
1.2.b	Staat in visie en beleid dat het besef <i>dat het overlijden binnen een jaar plaatsvindt</i> , vraagt van de betrokkenen een heroriëntatie op het levensperspectief en het zoeken naar een nieuwe balans? En worden de palliatieve fase en de ziektegerichte benadering daarbij niet gezien als gescheiden domeinen? (p.12 zm)	ja / deels / nee / weet niet

¹ Wanneer iets 'deels' geregeld is, kan aan het eind van de vragenlijst aangegeven worden WAT niet mét vermelding van het nummer van de vraag. Daar kan ook beschreven worden waarom iets niet is geregeld.

² Dat is namelijk de fase waar de zorgmodule over gaat, het verwachte laatste levensjaar. Echter, de inhoud van de zorgmodule is ook bruikbaar voor het bieden en organiseren van goede palliatieve zorg die daarvoor al aan de orde kan zijn.

1.2.c	Worden in visie en beleid de volgende stadia onderscheiden in de palliatieve zorg: markering, meer ziekte- dan symptoomgericht, meer symptoom dan ziektegericht, stervensfase, nazorg? (p.13 zm)	ja / deels / nee / weet niet
--------------	--	------------------------------

Patiëntgerichtheid in de palliatieve fase: afstemmen op wensen en behoeften

1.3.a	Staat in visie en beleid dat gedeelde besluitvorming 'Shared decision making' het uitgangspunt is waarmee zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare behoeften en wensen van patiënten en naasten? (p. 10 zm)	ja / deels / nee / weet niet
--------------	--	------------------------------

1.3.b	Staat in visie en beleid dat als behoeften en wensen van patiënten en naasten niet overeenkomen met wat de zorgverlener kan en wil bieden, dit expliciet aangegeven moet worden en dat er met de patiënt naar een oplossing wordt gezocht? (p.14 zm)	ja / deels / nee / weet niet
--------------	--	------------------------------

1.3.c	Staat in visie en beleid dat de patiënt (en naasten) niet zomaar met de prognose – dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou kunnen overlijden – worden geconfronteerd? De zorgverlener tast af in hoeverre zij daarvoor open staan en over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken. (p. 14 zm)	ja / deels / nee / weet niet
--------------	--	------------------------------

Afstemming tussen formele en informele zorg

1.4	Staat in visie en beleid dat bij palliatieve zorg formele en informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) een belangrijke rol hebben en is aandacht voor de dubbelpositie van mantelzorgers? (p. 14 zm)	ja / deels / nee / weet niet
------------	---	------------------------------

Realiseren van randvoorwaarden

1.5	Uitwerking van randvoorwaarden voor goede palliatieve zorg valt buiten het bestek van een zorgmodule, maar deze kan alleen goed functioneren als aandacht wordt besteed aan zaken als scholing van formele en informele zorgverleners, ICT om als zorgnetwerk te kunnen functioneren, financiering, adequate wet- en regelgeving. Zijn deze onderwerpen onderdeel van visie en beleid? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
------------	---	------------------------------

Een op de regio afgestemd implementatieproces

1.6	Een zorgmodule kan alleen goed functioneren met een planmatige en op de regionale situatie afgestemd implementatietraject. Is dat er? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
------------	--	------------------------------

Bouwsteen 2: Markering van het palliatieve traject (hoofdstuk 3 en 4)

Markering van het palliatieve traject is cruciaal voor een aansluiting van de ziektespecifieke zorgstandaarden en richtlijnen op de zorgmodule palliatieve zorg. Juist het onzekere beloop van aandoeningen als COPD en hartfalen maakt het noodzakelijk dat de 'surprise question' bij iedere nieuwe complicatie of bij tekenen van toename van ziekte wordt gesteld. De zorgmodule is van toepassing op dát stadium van een palliatief traject waarin men de zogenaamde surprise question 'zou je verrast zijn als een patiënt binnen een jaar overlijdt' met 'nee' beantwoordt. Deze vraag is subjectief en niet gemakkelijk te beantwoorden. En dat is ook de bedoeling. Want het gaat er vooral om bewustwording en een perspectiefwisseling op gang te brengen bij betrokkenen en het stadium te markeren waarin de situatie van de patiënt (of naasten) zich kan wijzigen door snelle achteruitgang en het maken van goede afspraken en vooruitkijken – nog meer dan anders – nodig is. Palliatieve zorg kan en zal ook vaak al eerder aan de orde zijn. Soms zelfs vanaf de diagnose, zoals bij mensen met dementie. En ook dan is hetgeen in deze zorgmodule staat bruikbaar om de zorg waar nodig te verbeteren.

De organisatie (keten, netwerk) voldoet aan de vereisten van de zorgmodule als onderstaande vragen met 'ja' beantwoord worden.

Vragen

2.1	Is het stellen van de surprise question geborgd? Is helder wanneer, op welk moment en door wie die vraag gesteld kan worden? Dat kan de patiënt zelf zijn of diens naasten, de arts en andere zorgverleners. Het is niet de bedoeling om de surprise question letterlijk aan de patiënt of diens naasten te stellen. (p. 16 en 23 zm)	ja / deels / nee / weet niet
2.2	Is geborgd dat als andere zorgverleners dan de behandeld arts de vraag 'zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen een jaar overlijdt' negatief beantwoorden, ze dit bespreken met de behandelend arts? (p. 16 zm)	ja / deels / nee / weet niet
2.3	Is geborgd dat de arts het gesprek voert met de patiënt over de boodschap naar aanleiding van de surprise question én ervoor zorgt dat de patiënt daarbij vergezeld wordt door een naaste? (p. 17 zm)	ja / deels / nee / weet niet
2.4	Is geborgd dat de arts acties onderneemt (acties in gang zet) naar aanleiding van het gesprek met de patiënt en naasten om de palliatieve zorg op te starten (zoals het stellen van doelen, starten met het opstellen van het individueel zorgplan, organiseren van informatieverstrekking, afspraken over wie centrale zorgverlener is en taakverdeling met behandelend arts, etc.)? (p. 17 zm)	ja / deels / nee / weet niet
2.5	Het is van belang om te markeren dat het stadium in de palliatieve fase is aangebroken dat men niet verbaasd zou zijn als de patiënt binnen een jaar overlijdt. Dat moment doet zich voor binnen de overgang van het meer ziektegerichte stadium naar het meer symptoomgerichte stadium. Ook is het van belang het stadium van sterven (de stervensfase) te markeren en aandacht te hebben voor het stadium van nazorg. Is de markering van al deze fasen geborgd? (p. 13 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Bouwsteen 3: Het individueel zorgplan (hoofdstuk 3 en 4)

Voor continuïteit van (multidisciplinaire) zorg en zorg die aansluit bij wensen en behoeften van patiënten en naasten is een Individueel Zorg Plan (IZP) van wezenlijk belang. Dat IZP kan deel uitmaken van het reguliere dossier, dan wel een apart dossier zijn.

Het IZP voldoet aan de vereisten van de zorgmodule als onderstaande vragen met 'ja' beantwoord worden.

Vragen

Opstellen van het IZP

3.1.a Wordt het IZP opgesteld door de centrale zorgverlener samen met de patiënt en/of diens naasten en in samenspraak met de hoofdbehandelaar? (p. 30 zm) ja / deels / nee / weet niet

3.1.b Is de totstandkoming van het IZP gebaseerd op gedeelde besluitvorming? Dat wil zeggen dat de patiënt en naasten optimaal geïnformeerd zijn en dat rekening is gehouden met begripsvermogen, taal en cultuur. Informatie moet zo nodig in andere talen beschikbaar zijn, eventueel door gebruik te maken van een tolk. (p. 31 zm) ja / deels / nee / weet niet

Inhoud van het IZP

3.2.a Is het IZP gebaseerd op advance care planning? Het is van essentieel belang dat in een vroeg stadium wordt besproken wat momenten kunnen zijn waarop de ziekteprogressie noopt tot snel en adequaat nemen van beslissingen m.b.t. het verdere verloop van de ziekte en de gevolgen daarvan. (p. 20 en 48 zm) ja / deels / nee / weet niet

3.2.b Zijn in het IZP multidisciplinaire afspraken vastgelegd over: handelwijze, vervolgesprekken, hoofdbehandelaar, wie centrale zorgverlener is, taakverdeling, beslissingen rond het levenseinde, informatieverstrekking, betrokkenheid informele zorg? (p. 26 zm) ja / deels / nee / weet niet

3.2.c Staat in het IZP hoe de patiënt zijn situatie ervaart (subjectieve bevindingen) resultaat van onderzoek en metingen (objectieve bevindingen), conclusies die op basis hiervan worden getrokken / wat er aan de hand is (evaluatie), welke afspraken op basis daarvan gemaakt worden (doelen op korte en langere termijn en evaluatiemomenten) en hoe de doelen gerealiseerd worden (organisatie van zorg)? (p. 26 zm) ja / deels / nee / weet niet

3.2.d Bevat het IZP informatie over de vier dimensies van palliatieve zorg (lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel), doelen van de patiënt (korte en lange termijn passend binnen het principe van advance care planning) en afspraken voor zorgverlening die daarvan zijn afgeleid. (p. 30 zm) ja / deels / nee / weet niet

3.2.e Zijn de volgende specifieke aandachtspunten in het IZP terug te vinden? Wie hoofdbehandelaar is, wie centrale zorgverlener is en wie andere betrokkenen zijn (palliatieve zorg is multidisciplinair), hoe die bereikt kunnen worden, welke afspraken gemaakt zijn

over zorg op dit moment, voor de toekomst / advance care planning (afspraken over crisissituaties, exacerbatie, opname ziekenhuis, voeding, medicatie, IC-beleid, plaats van sterven, reanimatie, levenseindebeslissingen, euthanasie), inschakelen van consulenten, vertegenwoordiging van de patiënt bij verslechtering. (p. 31 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3.2.f Zijn afspraken vastgelegd over sociale en praktische gevolgen van ziek zijn en het naderend sterven, zoals uitvaart, continuering van werk van partner, kinderen, juridische en notariële aspecten, verzekeringen, etc. (p. 31 zm)

ja / deels / nee / weet niet

Evalueren en bijstellen van het IZP

3.3.a Is het IZP voor patiënten en betrokken zorgverleners beschikbaar en wordt de inhoud regelmatig geëvalueerd en bijgesteld? (p. 24 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3.3.b Wordt de betrokkenheid van (wisselende) multidisciplinaire zorgverleners en mantelzorgers voortdurend geactualiseerd door te concretiseren wie en waarom (met welke doelstelling) een verantwoordelijkheid in het proces heeft? (p. 27 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3.3.c Worden behandelbeslissingen, levenseinde beslissingen en gewenste plaats van zorg en overlijden tijdig met de patiënt besproken en vastgelegd? (p. 27 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3.3.d Worden wensen over en verwachtingen van 'beslissingen rond het levenseinde' tijdig en regelmatig aan de orde gesteld en (indien van toepassing) vastgelegd in wilsverklaringen. (p. 31 zm)

ja / deels / nee / weet niet

Beschikbaarheid van het IZP

3.4.a Is het IZP toegankelijk voor zorgverleners, patiënt en naasten; en is geregeld welke gegevens aan wie beschikbaar worden gesteld (privacy van gegevens)? (p. 37 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3.4.b Is het IZP bij de patiënt aanwezig, zodat diverse formele en informele zorgverleners op een lijn zitten (gemaakte afspraken zijn eenduidig en toegankelijk voor elkaar) ook in de nachten, weekenden, bij crisissituaties en in de stervensfase? (p. 31 zm)

ja / deels / nee / weet niet

De rol van de centrale zorgverlener en hoofdbehandeling en multidisciplinaire samenwerking

3.5.a Is de centrale zorgverlener een BIG geregistreerde zorgverlener met concrete taken op het gebied van zowel case-management als zorgverlening tot een bepaald niveau; die zo nodig consultaties of verwijzingen regelt en de individuele sociale kaart van de patiënt en diens naasten beheert? (p. 36 zm)

ja / deels / nee / weet niet

3-5.b	Wie als centrale zorgverlener fungeert is afhankelijk van overleg tussen patiënt en hoofdbehandelaar. Veranderingen in de situatie van de patiënt of de plaats waar deze wordt verzorgd kunnen het noodzakelijk maken van centrale zorgverlener te wisselen. Is dit geborgd in de organisatie / keten / netwerk? (p. 36 zm)	ja / deels / nee / weet niet
3-5.c	Is de centrale zorgverlener een formele zorgverlener, die 1 ^e aanspreekpunt voor de patiënt en naasten is, samen met hen het IZP opstelt en de uitvoering ervan bewaakt, continuïteit van zorg regelt, afspraken maakt met formele en informeel zorgverleners, multidisciplinair overleg regelt, zorgt voor passende ondersteuning, thuiszorg, mantelzorg, hulpmiddelen en aandacht heeft voor de ondersteuning van informele zorg? (p. 20, 24 en 36 zm)	ja / deels / nee / weet niet
3-5.d	Is geregeld dat informatieverstrekking via de centrale zorgverlener loopt? (p. 17 zm)	ja / deels / nee / weet niet
3-5.e	Is samen met de patiënt bepaald wie hoofdbehandelaar is en afgesproken dat dit kan wijzigen gedurende het zorgproces? (p. 36 zm)	ja / deels / nee / weet niet
3-5.f	Is de taakverdeling tussen hoofdbehandelaar en centrale zorgverlener afgesproken? (p. 17 zm)	ja / deels / nee / weet niet
3-5.g	De vier-dimensionele benadering van de patiënten en hun zorgvragen in de palliatieve fase vraagt om kennis en betrokkenheid van meerdere disciplines. Door een gezamenlijke benadering van alle actuele en potentiële vragen rondom een patiënt kan meer worden bereikt dan via de som van elke vraag apart. Interdisciplinaire samenwerking vraagt om duidelijk leiderschap om patiënt en doelgericht te kunnen werken vanuit de patiënt en professionele relevantie, methodisch en gestructureerd te werken vanuit noden, behoeften en prioriteiten van patiënten en naasten, vertrouwen in elkaar en commitment op te bouwen, goede gesprekspartner te zijn voor collega's en om het werk dat gedaan moet worden gedaan te krijgen. Is dit gerealiseerd in de organisatie (of keten / netwerk). (p. 36 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Bouwsteen 4: Deskundigheid voor goede palliatieve zorg in alle stadia (hoofdstuk 3, 4 en 5)

In de verschillende stadia van het palliatieve traject dient goede zorg geboden te worden. Het betreft het markeren van het palliatief traject en het bieden van goede zorg in de verschillende stadia op basis van de afspraken die in het IZP staan. Daarvoor hebben zorgverleners een bepaalde houding, kennis en vaardigheden nodig. Daarnaast hebben de centrale zorgverlener en hoofdbehandelaar ook de deskundigheid nodig om hun rol te vervullen bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het IZP (zie bouwsteen 3). Voorwaarde voor het bieden van goede zorg, zoals in de zorgmodule staat, vraagt om permanente aandacht voor deskundigheid(sbevordering) en dient daarom onderdeel te zijn van visie en beleid (zie bouwsteen 1).

De organisatie (keten, netwerk) voldoet aan de vereisten van de zorgmodule als onderstaande vragen met 'ja' beantwoord worden.

Vragen

Afstemmen en inleven

4.1.a	Essentiële voorwaarden om zorg te realiseren die is afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare behoeften zijn informatieverstrekking, communicatie en attitude om de patiënt van informatie te voorzien zodat deze daadwerkelijk in staat wordt gesteld keuzes te maken. Kunnen betrokken zorgverleners dit (afgestemd op hun functie en rol)? (p. 10 zm)	ja / deels / nee / weet niet
4.1.b	Beschikken zorgverleners niet alleen over medische kennis maar ook over inlevingsvermogen, compassie en respect en aandacht voor de psyche, sociale context en spirituele behoeften van patiënt en naasten? Dat is nodig omdat bij de palliatieve zorg ernaar wordt gestreefd de patiënt en naasten te ondersteunen bij het vinden en handhaven van de balans tussen draaglast en draagkracht. (p. 14 zm)	ja / deels / nee / weet niet
4.1.c	Beschikken zorgverleners over een open houding voor waarden en normen? Kunnen zorgverleners hierover (tijdig) communiceren; en aangeven wanneer hun eigen waarden en normen in het geding zijn? (p. 14 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Markeren van het palliatieve traject / stellen van de surprise question

4.2.a	Kan de behandelend arts het gesprek voeren over de boodschap naar aanleiding van de surprise question en weet deze dat het van belang is dat een naaste de patiënt vergezeld in een dergelijk gesprek? (p. 17 zm)	ja / deels / nee / weet niet
4.2.b	Kunnen andere zorgverleners dan de behandeld arts zichzelf de vraag stellen 'zou ik verbaasd zijn als de patiënt binnen een jaar overlijdt' en een negatief antwoord bespreken met de behandelend arts? (p. 16 en 23 zm)	ja / deels / nee / weet niet
4.2.c	Beschikken zorgverleners over de empathie, betrokkenheid en inlevingsvermogen om het gesprek te voeren met patiënt en naasten naar aanleiding van de surprise question? (p. 23 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Anamnese verrichten

- 4.3** Kan de behandeld arts een multidimensionele (lichamelijk, psychologisch, sociaal, spiritueel) anamnese uitvoeren (eventueel ondersteund door het gebruik van gepaste vragenlijsten); en daarbij de aandachtspunten uit de zorgmodule betrekken voor verdere exploratie bij de patiënt en/of naaste? (p. 18 zm) ja / deels / nee / weet niet

Voeren van gesprekken

- 4.4.a** Kan de behandelend arts samen met de patiënt helder maken wat voor de patiënt de betekenis is van de resterende tijd; wat de patiënt hierin wil realiseren en wat haalbare behandel- en zorgdoelen zijn? (p. 17 zm) ja / deels / nee / weet niet
- 4.4.b** Kan de behandeld arts het gesprek met de patiënt en naasten voeren over het naderende overlijden; heeft deze daarbij aandacht voor het recht op niet-weten; en kan deze uitvoering geven aan de aandachtspunten voor een goed gesprek die in de zorgmodule staan? (p. 23 zm) ja / deels / nee / weet niet

Informatieverstrekking

- 4.5** Kunnen betrokken zorgverleners de patiënt optimaal informeren rekening houdend met begripsvermogen, taal en cultuur; en de patiënt wijzen op de grote hoeveelheid informatie die uit andere bronnen kan worden verkregen (ook in andere talen)? (p. 31 zm) ja / deels / nee / weet niet

Inschakelen van deskundigheid

- 4.6.a** Kan de zorgverlener consultatie van paramedici met specifieke deskundigheid regelen, ook geestelijke verzorging als de patiënt dat wil en dergelijke interventies nodig zijn? (p. 29 zm) ja / deels / nee / weet niet
- 4.6.b** Kennen betrokken zorgverleners hun eigen deskundigheid ten aanzien van palliatieve zorg (bewust bekwaam en bewust onbekwaam) en kunnen zij uitgaande van de competenties van het team een extern consultatieteam betrekken om externe deskundigheid toe te voegen en daarmee de effectiviteit van het team te vergroten? (p. 37 zm) ja / deels / nee / weet niet

Ziekte- en symptoomgerichte palliatie bieden en zorg in de stervensfase en nazorg

- 4.7** Kunnen zorgverleners (afgestemd op hun rol en functie) onderscheid maken tussen ziekte- en symptoomgerichte palliatie, weten ze wat wanneer aan de orde is? Kunnen ze in contact met patiënten en naasten: gebruik maken van subjectieve en objectieve bevindingen (tijdig problemen voorzien en signaleren), medisch technische handelingen verrichten, adviezen geven en gebruik maken van hulpmiddelen; passende zorg regelen (bv thuiszorg of specialistische teams) en nazorg? (p. 27 zm) ja / deels / nee / weet niet

Bouwsteen 5: Organisatie van palliatieve zorg (hoofdstuk 6)

Kwalitatief goede palliatieve zorg vergt een passende dynamische organisatie. Alleen dan kan op de juiste plaats en doelmatig zorg worden gegeven door gekwalificeerde zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen en beschikbare voorzieningen en expertise wordt daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Het gaat om het creëren van een persoonlijk en dynamisch netwerk rondom de individuele patiënt en diens naasten.

De organisatie van de palliatieve zorg voldoet aan de vereisten van de zorgmodule als onderstaande vragen met 'ja' beantwoord worden.

Vragen

Beschikbaarheid

5.1	Voldoet de zorg aan de volgende kenmerken om werkelijk beschikbaar te zijn en dus efficiënt gebruikt te worden? Deze kenmerken zijn: de zorg past bij de patiënt en zijn situatie, een centrale zorgverlener is beschikbaar (die aan kenmerken voldoet), hoofdbehandelaar is beschikbaar en benoemd, er wordt interdisciplinair samengewerkt met meerdere disciplines, er is multidisciplinair overleg, er is ondersteuning voor zorgverleners (beschikbaarheid van consultatieteams), er zijn specifieke zorgvormen voor de stervensfase, er is een individueel zorgplan. (zie p. 35, paragraaf 6.2.1 zm)	ja / deels / nee / weet niet
------------	--	------------------------------

Bereikbaarheid

5.2.a	Is een goede regeling voor de noodzakelijke bereikbaarheid van 7 x 24 uurszorg geborgd? (p. 37 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.2.b	Weten de patiënt en naasten hoe de centrale zorgverlener als eerste aanspreekpunt bereikbaar is, hoe waarneming is geregeld en wat er in nood- of andere niet voorziene situaties dient te gebeuren? (p. 37 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.2.c	Is alle benodigde informatie beschikbaar, bereikbaar en zo nodig overdraagbaar? ICT speelt hierbij een rol. (p. 37 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.2.d	Regelt de centrale zorgverlener beschikbaarheid op het niveau van de patiënt én ligt de verantwoordelijkheid voor een goede regeling tevens bij de in het netwerk participerende organisaties, zorgverleners en overige betrokkenen? (p. 37 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Toegankelijkheid

5.3	Zijn zorgverleners fysiek, mentaal en emotioneel toegankelijk voor de patiënt en wordt de informatie begrijpelijk aangeboden aan de patiënt met op de patiënt afgestemd voorlichtingsmateriaal? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
------------	--	------------------------------

Deskundigheid

5.4.a	Zijn formele en informele zorgverleners inhoudelijk deskundig en vaardig op hun eigen expertisegebied, evenals op communicatief, organisatorisch, sociaal en moreel gebied (omgaan met morele dilemma's); en houden ze die deskundigheid bij? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.4.b	Kennen de betrokken zorgverleners de deskundigheid van anderen die bij de palliatieve zorg betrokken zijn en weten ze wanneer deze betrokken moeten worden? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.4.c	Is er aandacht voor 'zorg voor de zorgenden': de veerkracht van formele en informele zorgverleners die werkzaam zijn in de palliatieve zorg? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Organisatie van de zorgnetwerken

5.5.a	Zijn voor een goed functionerend zorgnetwerk, binnen dat netwerk bindende afspraken en protocollen over documentatie, communicatie, (aan)sturing, taak verdeling en kwaliteitsborging en hantering van klachten en problemen tussen de zorgverlenende organisaties en personen? (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet
5.5.b	Zijn voor geïntegreerde zorgverlening specifieke informatiesystemen (zoals Huisarts Informatie Systeem) uitwisselbaar? Bij voorkeur via een Keten Informatie Systeem (KIS) of een schakelpunt. (p. 38 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Bouwsteen 6: Kwaliteitsindicatoren (hoofdstuk 7)

De zorgmodule beoogt een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de palliatieve zorgverlening. Voor continue verbetering van de kwaliteit van zorg is inzicht in de stand van zaken noodzakelijk. Daarvoor is een indicatorenset beschikbaar.

In de zorgmodule worden redenen genoemd (niet zo zeer normen gesteld) waarom evalueren van de kwaliteit van zorg noodzakelijk is; en waarom een indicatorenset daarbij gebruikt kan worden.

Vragen

Evalueren van kwaliteit en organisatie van de palliatieve zorg

6.1.a	Worden kwaliteitsgegevens gebruikt voor evaluatie en bijsturing van het zorgproces, voor onderlinge vergelijking van prestaties (benchmark) en om de transparantie van de zorg te vergroten? (p. 40 zm)	ja / deels / nee / weet niet
6.1.b	Worden de generieke indicatoren voor palliatieve zorg gebruikt om inzicht te geven in de kwaliteit van palliatieve zorg? (p. 40 zm)	ja / deels / nee / weet niet
6.1.c	Is voor het evalueren van de zorg aandacht voor de indicatoren uit de zorgmodule? Die betreffen: communicatie met de patiënt en gedeelde besluitvorming, multidimensionele en multidisciplinaire zorg, aanspreekpunt en coördinatie van zorg, zorgplan / documentatie, (na)zorg voor naasten). (p. 40 zm)	ja / deels / nee / weet niet

Vaststellen van de mate van implementatie van de zorgmodule

6.2	Worden de generieke indicatoren gebruikt om de mate van implementatie van de zorgmodule palliatieve zorg vast te stellen? (p. 40 zm)	ja / deels / nee / weet niet
-----	--	------------------------------

