

Kwaliteitsrichtlijnen Palliatieve terminale zorg

in en vanuit het verpleeghuis

Arcares : brancheorganisatie verpleging & verzorging

Arcares





Kwaliteitsrichtlijnen Palliatieve terminale zorg

in en vanuit het verpleeghuis

Deze publicatie is geschreven door Prismant in opdracht van Arcares

Uitgave Arcares : Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht : postbus 8258, 3506 GR Utrecht
telefoon 030 273 93 93 : fax 030 273 97 87 : info@arcales.nl : www.arcales.nl

Bestelling Schriftelijk of per fax bij de receptie van Arcares.
postbus 8258, 3503 RG Utrecht : fax 030 273 97 87

Prijs leden Arcares: € 10,- ; niet-leden: € 20,-.

Bij bestelling publicatienummer 02.029 en het gewenste aantal vermelden.

© Arcares, oktober 2002

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Arcares. Het gebruik van de tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding 1

- 1.1 Verantwoording 1
- 1.2 Wat is palliatieve terminale zorg? 1
- 1.3 Palliatieve terminale zorg in en vanuit verpleeghuizen 2
- 1.4 Gebruik kwaliteitsrichtlijnen: ontwikkelen en toetsen 3
- 1.5 Koppeling aan kwaliteitssystemen 3
- 1.6 Begripsverheldering 4
- 1.7 Opbouw 6

2. Palliatieve terminale zorg 7

Deel 1: Algemene doelen en voorwaarden 7

Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze 9

Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid 13

Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund 19

Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt 23

Doel E: De zorg voor de zorgenden¹ is optimaal gegarandeerd 27

Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking 33

Deel 2: Aanvullende doelen en voorwaarden voor gespecialiseerde palliatieve terminale zorg op een aparte unit of bij aparte bedden 37

Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden 39

Doel H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen 43

¹ Hiermee worden alle bij de zorg betrokken disciplines en de vrijwilligers bedoeld.

3. Toetsing en toetsingsinstrumenten 49

Doel I: Het verpleeghuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen 51

Bijlagen 1 en 2

Bijlage 1: Overzicht handreikingen 1

Bijlage 2: Kwaliteitsrichtlijnen Mobiel Palliatief Team (MPT) 3

Literatuur

- Kwaliteitsprotocol kortdurend terminale zorg in verpleeghuizen, Arcares, 1995 (NVVz, publicatienummer 595.046)
- Palliatieve terminale zorg, een richtinggevend kader vanuit verpleeghuizen' Arcares, november 1999 (NVVz, publicatienummer 599.099).

Voorwoord

De nota ‘Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg in en vanuit verpleeghuizen’ benoemt de in de terminale fase te onderscheiden doelen, de daarbij behorende subdoelen en voorwaarden voor goede en zorgvuldige palliatieve terminale zorg aan bewoners, cliënten en hun naasten. De kwaliteitsrichtlijnen kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg (verder) te ontwikkelen en om de kwaliteit van deze zorg te toetsen.

De richtlijnen zijn in opdracht van Arcares, door de adviseurs Julie Meerveld en Carolien Koning van de afdeling Zorgprocessen van Prismant ontwikkeld.

U kunt deze nota beschouwen als een werkboek. Het garanderen van kwalitatief goede palliatieve terminale zorg betekent in de praktijk dat gestreefd wordt naar een aantal doelen dat vooraf is opgesteld. In deze nota worden deze doelen aan de hand van subdoelen en voorwaarden uitgewerkt. Verder is er een aantal ‘handreikingen’ ontwikkeld; hulpmiddelen voor het vormgeven van kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk. In deze nota wordt op diverse plaatsen verwezen naar deze handreikingen. U kunt ze downloaden van het ledennet van Arcares en indien wenselijk aanpassen aan de eigen situatie.

Naast deze nota met kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg voor de verpleeghuizen is er ook een nota met kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg voor verzorgingshuizen ontwikkeld. Die richtlijnen komen voort uit het project ‘kwaliteitsverbetering terminale zorg verzorgingshuizen’ dat Prismant met financiering van Zon/Mw heeft uitgevoerd.

Ondanks de verschillen die er zijn qua doelgroep, aanbod en organisatiestructuur, is er naar gestreefd beide nota’s zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

Deze nota telt drie onderdelen. In de *Inleiding* wordt o.a. uiteengezet wat palliatieve terminale zorg inhoudt en hoe kwaliteitsrichtlijnen in kwaliteitssystemen van instellingen kunnen worden ingebed. In het onderdeel *Palliatieve terminale zorg* worden algemene doelen en voorwaarden behandeld. Voor verpleeghuizen met een gespecialiseerde unit of aparte bedden wordt bovendien een aantal aanvullende doelen en voorwaarden aangereikt.

Tot slot wordt in het onderdeel *Toetsing* aangegeven hoe de kwaliteit van palliatieve terminale zorg met deze kwaliteitsrichtlijnen kan worden getoetst vanuit het perspectief van professionals en van bewoners/cliënten/naasten. U vindt hier ook de toetsingsinstrumenten. In aparte bijlagen volgen een overzicht van de handreikingen die u op het ledennet van Arcares aantreft en een eerste aanzet voor kwaliteitsrichtlijnen voor Mobiele Palliatieve Teams (MPT).

De kwaliteitsrichtlijnen sluiten aan op de diverse kwaliteitssystemen die in de sector gebruikt worden. Ze geven praktische invulling aan bestaande MIK-V en HKZ-V onderwerpen voor wat betreft deze bijzondere zorg en kunnen uiteraard geïntegreerd worden in uw eigen kwaliteitsbeleid.

Het is vanzelfsprekend dat waar in de tekst de hij-vorm wordt gehanteerd, ook ‘zij’ kan worden gelezen.

1 : Inleiding

1.1 Verantwoording

In 1995 kwam het eerste 'Kwaliteitsprotocol kortdurende terminale zorg in verpleeghuizen' tot stand². Dit kwaliteitsprotocol, in eerste instantie gebruikt voor de evaluatie van de unit van verpleeghuis Antonius IJsselmonde, werd door acht verpleeghuizen getoetst en vervolgens aangepast en uitgebracht door de toenmalige NVVz (nu Arcares).

Nieuwe ontwikkelingen in de palliatieve terminale zorg en in de sector hebben ertoe geleid dat Arcares Prismant de opdracht heeft gegeven dit protocol te actualiseren.

Na een schriftelijke raadpleging van gebruikers (de 75 deelnemers van het platform Palliatieve Terminale Zorg verpleeghuizen van Arcares, thans Commissie PTZ voor verpleeg- én verzorgingshuizen) heeft Prismant het protocol aangepast. Dit gebeurde in samenwerking en overleg met een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers van het Platform.

In de klankbordgroep zaten verpleeghuis Antonius IJsselmonde (dhr. F. Baar), verpleeghuis St. Camillus (dhr. M. Lamberigts), het Zonnehuis Vlaardingen (mw. Chr. v.d. Linden tot halverwege 2001) en de Stichting Verpleging en Verzorging Eindhoven e.o. (dhr. S. Meuwese). Namens Arcares was mw. C. Jessen, beleidsmedewerker Zorg en Kwaliteit, vertegenwoordigd.

Om de gebruikswaarde te testen zijn de richtlijnen op proef toegepast in drie verpleeghuizen. Hun ervaringen zijn gebruikt om de richtlijnen verder te verbeteren. Het betrof de volgende verpleeghuizen: Trivium, zorggroep Twente (het voormalige PC Borsthuis) in Hengelo, de Stichting Valkenhof in Valkenswaard en verpleeghuis Bosch en Duin in 's Gravenhage.

De kwaliteitsrichtlijnen wijken op een aantal punten af van het kwaliteitsprotocol van 1995. Zo is er nu extra aandacht voor multidisciplinaire samenwerking, regionale samenwerking, zorg voor de zorgenden en kwaliteitstoetsing vanuit het perspectief van de professional en vanuit de bewoner/cliënt en zijn naasten. Concreet betekent dit dat de doelen E, F, H en I zijn toegevoegd. Daarnaast is nieuw, de aanzet tot kwaliteitsrichtlijnen voor een mobiel palliatief team.

Andere veranderingen zijn de meer directe koppeling van doelen en voorwaarden, het apart benoemen van aanvullende richtlijnen voor gespecialiseerde palliatieve terminale zorg op een aparte unit en uitbreiding van het aantal handreikingen. Bij de uitwerking van de verschillende doelen en voorwaarden wordt bovendien verwezen naar de handreikingen (op het ledennet) die erbij horen.

Tenslotte is bewust gekozen voor een andere benaming: deze nota is geen protocol maar geeft kwaliteitsrichtlijnen voor goede palliatieve zorg. Het gaat niet om een blauwdruk maar om een richtinggevend kader met praktische suggesties waarmee verpleeghuizen zelf de kwaliteit van hun palliatieve terminale zorg kunnen toetsen en verbeteren.

1.2 Wat is palliatieve terminale zorg?

Een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod van verpleeghuizen is palliatieve terminale zorg. De WHO omschrijft deze zorg als:

² Naar voorbeeld van 'Kwaliteitsprotocol kortdurend terminale zorg in verpleeghuizen'. C.H.M. Reker en J.H.C.M. Meerveld. Arcares, Utrecht juni 1995, vierde herziene druk 1998.

‘Palliatieve zorgverlening is de continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun familie door een interdisciplinair team op het moment dat medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, zowel voor de patiënt als zijn familie, waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner. Palliatieve zorg beantwoordt aan fysieke, psychologische, sociale en spirituele behoeften. Zo nodig strekt de zorg zich uit tot steun bij rouwverwerking’

Deze definitie is in deze nota kwaliteitsrichtlijnen gebruikt met de nuancering voor palliatieve zorg die de Projectgroep Integratie Hospicezorg ook in haar eindrapport heeft gebruikt, namelijk:

*Palliatieve terminale zorg is palliatieve zorg voor mensen die in de terminale fase verkeren. Dat is de fase waarin de dood binnen afzienbare tijd mag worden verwacht. Dat kunnen dagen, weken of maanden zijn. Het is weinig zinvol te trachten daarvoor een gemiddelde tijdsduur te berekenen. Waar het om gaat, is dat men zich **samen** bewust wordt van het naderende einde. Palliatieve terminale zorg wordt gekleurd door het besef dat het leven ten einde loopt. Het is een tijd van afronding en afscheid.*

In palliatieve terminale zorg dienen de vier aspecten uit de WHO-omschrijving (de psychische, de somatische, de sociale en de geestelijke c.q. spirituele zorg) aan bod te komen. Het gaat daarbij zowel om ‘care’ als ‘cure’.

Palliatieve terminale zorg impliceert twee vooronderstellingen:

- De zorg die vóór de terminale fase in het verpleeghuis wordt gegeven, is vanzelfsprekend ook van goede kwaliteit en vastgelegd in o.a. een zorgdossier, inclusief zorgplan.
- Het verpleeghuis heeft een visie op palliatieve terminale zorg en deze visie staat op schrift.

1.3 Palliatieve terminale zorg in en vanuit verpleeghuizen

Verpleeghuizen richten zich bij het geven van palliatieve terminale zorg grofweg op twee doelgroepen: de eigen verpleeghuisbewoners en terminale cliënten die speciaal worden opgenomen voor deze vorm van zorg. Het gaat bij deze laatste groep om cliënten die zorg nodig hebben, die elders (thuis, in het ziekenhuis of in het verzorgingshuis) niet geleverd kan worden. Deze kortdurende palliatieve terminale zorg wordt *gespecialiseerde* palliatieve terminale zorg genoemd.

Daarnaast bieden verpleeghuizen ondersteuning in palliatieve terminale zorg op andere locaties. Die ondersteuning gebeurt meestal in samenwerking met andere zorgaanbieders en partijen, in de vorm van zorgketens en netwerken. Voorbeelden zijn:

- Het bieden van consultatie en achterwacht aan thuiszorg en verzorgingshuizen, zo mogelijk in samenwerking met pijnteams en transmurale initiatieven vanuit ziekenhuizen.
- Het bieden van consultatie en ondersteuning aan huisartsen en ziekenhuizen.
- Het overnemen van uitbehandelde patiënten uit de ziekenhuizen.
- Het mede vormgeven van mobiele palliatieve teams in de regio samen met andere partners (zie bijlage 2).
- Het bieden van dagbehandeling aan en begeleiding in de vorm van dagopvang aan terminale cliënten.

In deze nota is een eerste aanzet voor kwaliteitsrichtlijnen voor Mobiele Palliatieve Teams (MPT) opgesteld. Deze richtlijnen zijn nog niet getest. Er is echter toch besloten ze als bijlage te presenteren, zodat instellingen die een MPT hebben of plannen hebben in die richting, er hun voordeel mee kunnen doen. Bij een volgende actualisatie kunnen die praktische ervaringen dan meegenomen worden. Bedoeling is dat de kwaliteitsrichtlijnen voor mobiele teams uiteindelijk een vast onderdeel zullen vormen van de totale kwaliteitsrichtlijnen.

(Deze aanzet is gebaseerd op het handboek Consultatieteams Palliatieve Zorg van het Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam, april 2001).

Meer informatie over palliatieve terminale zorg in en vanuit verpleeghuizen is te vinden in de nota 'Palliatieve terminale zorg, een richtinggevend kader vanuit verpleeghuizen' van de voormalige NVVz, oktober 1999 (publicatienummer 599.099). De meest actuele informatie over (andere) vormen en ontwikkelingen van palliatieve terminale zorg zijn te vinden op de website van het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland (NPTN): www.palliatief.nl.

1.4 Gebruik kwaliteitsrichtlijnen: ontwikkelen en toetsen

De kwaliteitsrichtlijnen in deze nota kunnen op twee manieren gebruikt worden. Allereerst uiteraard voor de (verdere) ontwikkeling van de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg. Daarnaast kan met behulp van de kwaliteitsrichtlijnen de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg getoetst worden. Denk hierbij aan:

- De zorg voor eigen bewoners met een beperkte levensverwachting.
- De zorg voor terminale cliënten die met een zeer beperkte levensverwachting worden opgenomen in het verpleeghuis of in een speciale unit van het verpleeghuis.
- Het transparant maken van de kwaliteit van palliatieve terminale zorg naar samenwerkingspartners en de buitenwereld.

Er kan zowel een toetsing plaatsvinden bij de professionals van het verpleeghuis als bij bewoners/cliënten of familieleden/naasten. Bij doel I Toetsing en in handreiking 24 op Ledennet wordt hier nader op ingegaan.

1.5 Koppeling aan kwaliteitssystemen

De kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg hebben een directe relatie met de gangbare kwaliteitssystemen in de verpleeghuis- en verzorgingshuissector. In aansluiting op de Kwaliteitswet zorginstellingen en het branchebeleid werken de meeste instellingen momenteel aan het opbouwen van een kwaliteitssysteem. Bijna alle verpleeghuizen gebruiken daarbij het MIK-V als structurerend kader. Verzorgingshuizen gebruiken vooral het HKZ schema Verzorgingshuizen. De kwaliteitsrichtlijnen voor palliatieve terminale zorg sluiten hierop aan. Zij geven invulling aan bestaande MIK-V en HKZ-V onderwerpen voor wat betreft deze bijzondere zorg.

Met betrekking tot het MIK-V kunnen genoemd worden: de zorgvisie (veld 3), nadrukkelijk alle elementen van het multidisciplinair werken (veld 7), informatieverstrekking (4-2), vormgeving woon/verblijfsomgeving en invulling zorgklimaat (6-6,7), de inzet van professionals en vrijwilligersbeleid (6-2,3,4), elementen uit veld 8 betreffende procedures en werkwijzen, en uit veld 11 betreffende deskundigheid medewerkers en vrijwilligers. Daarnaast wordt nadrukkelijk invulling gegeven aan belangrijke principes van kwaliteitsmanagement, namelijk het uitvoeren van interne beoordelingen en waarderingsonderzoeken bij bewoners/cliënten en medewerkers (2-7, 2-8, 2-11).

De zorg voor verzorgenden is een extra norm, evenals de samenwerking met ketenpartners.

Met betrekking tot HKZ-V kunnen genoemd worden: de zorgvisie en privacy/bejegening (2.4, 2.5, 4.4), werken met zorgplannen (2.2, 4.11), informatieverstrekking (1.3, 2.1) afstemming en ketenzorg (2.3, 4.18.4, 4.23, 8.2), professioneel handelen (2.6, 2.7, 4.7), deskundigheid medewerkers (5.3) en vrijwilligersbeleid (5.5), en de fysieke omgeving (7.3). Daarnaast wordt nadrukkelijk invulling gegeven aan belangrijke principes van kwaliteitsmanagement, namelijk het uitvoeren van interne beoordelingen, en het doen van waarderingsonderzoeken bij bewoners/cliënten en medewerkers (4.3, 3.1, 4.12, 5.10). De *zorg voor verzorgenden* in deze richtlijnen is evenwel een aanvullende norm.

1.6 Begripsverheldering

Hier vindt u in alfabetische volgorde een omschrijving van een aantal in deze nota gehanteerde begrippen.

Bewoner/cliënt

De persoon aan wie palliatieve terminale zorg wordt verleend. Er wordt gesproken over cliënten als mensen worden opgenomen op een unit voor gespecialiseerde palliatieve terminale zorg en over bewoners als het de eigen bewoners van het verpleeghuis betreft, die terminaal worden.

Bewoner-/cliëntensysteem

De bewoner of cliënt en zijn familie en/of naasten aan wie palliatieve terminale zorg wordt verleend.

Consultatie

Een methodisch overleg tussen beroepskrachten in de rol van consultvrager en consultgever.

Contactverzorgende (EVV-er)

Verzorgende die het eerste aanspreekpunt is voor de bewoner/cliënt en zijn naasten en die verantwoordelijk is voor de coördinatie, continuïteit in en uitvoering van het zorgplan.

COPZ

COPZ is een Centrum Ontwikkeling Palliatieve Zorg. Er zijn zes centra waarin universiteiten én plekken waar palliatieve zorg in ontwikkeling/ uitvoering is, samenwerken aan de verdere ontwikkeling, onderwijs en onderzoek.

Gespecialiseerde palliatieve terminale zorg

Palliatieve zorg voor terminale cliënten die van elders worden opgenomen in het verpleeghuis dan wel op een unit, waarbij sprake is van een veranderend perspectief; een perspectief gericht op het naderende levenseinde waarbij andere zorgvragen en accenten in de zorginhoud worden gelegd. De gemiddelde opnameduur is 3-4 weken.

Markeringsgesprek

Een gesprek dat plaatsvindt tussen de bewoner/cliënt, familie en een of meerdere leden van het zorgteam om stil te staan bij belangrijke veranderingen in het ziektebeloop en/of overgangen naar het stervensproces. Dit vindt plaats kort na de opname of op het moment dat het begin van het terminale stadium wordt vastgesteld.

Medewerker

Een persoon die een aandeel levert in de palliatieve terminale zorgverlening die gegeven wordt in het verpleeghuis. Dit kunnen verschillende personen zijn, zoals: verzorgenden, verpleegkundigen, verpleeghuisarts, paramedici, geestelijke verzorger, huishoudelijke assistenten, vrijwilligers, technische dienst, keukenpersoneel, etc.

Mobiel Palliatief Team (MPT)

Een multidisciplinair team (met medische, verpleegkundige, paramedische en psychosociale disciplines) van hulpverleners uit verschillende voorzieningen (ziekenhuis, verpleeghuis, huisarts, thuiszorg) die hulpverleners uit de regio ondersteunen bij problemen op het gebied van palliatieve terminale zorg. De werkwijze van de teams kan variëren van alleen een consult via een telefonische helpdesk tot het bieden van praktische begeleiding bij een cliënt in de thuissituatie of de voorziening waar de cliënt verblijft.

Multidisciplinair team

Het team van verpleeghuismedewerkers dat gezamenlijk de palliatieve terminale zorg aanbiedt: de verpleeghuisarts, (een vertegenwoordiger van) het zorgteam, de geestelijk verzorger, de paramedici, de psycholoog, etc.

Naasten/ mantelzorg

Iedereen die betrokken is bij de bewoner/cliënt en die relaties met hem onderhoudt. Dit kan zijn: partner, kinderen, ouders, broers en zusters, maar ook goede vrienden, kennissen en burens.

Netwerk palliatieve terminale zorg

Regionaal samenwerkingsverband voor palliatieve terminale zorg met bijvoorbeeld het ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg, hospice, bijna-thuis-huis, huisarts, vrijwilligers, COPZ, Integraal Kankercentrum.

Palliatieve terminale zorg voor eigen bewoners

Palliatieve terminale zorg voor eigen bewoners van het verpleeghuis met een beperkte levensverwachting. Ook bij deze groep is sprake van een veranderend perspectief en ook hier komen andere zorgvragen en andere accenten in de zorginhoud naar boven.

Samenwerkingspartners

Instellingen en hulpverleners waarmee het verpleeghuis samenwerkt (al dan niet in de vorm van een netwerk) bij de ontwikkeling en het aanbieden van palliatieve terminale zorg. Dit kan zowel regionaal als landelijk zijn: huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden, vrijwilligers, patiëntenvereniging, pastores, dominees, regionaal indicatieorgaan, verzekeerbaar/zorgkantoor, omringende hospicevoorzieningen enz., brancheverenigingen, NPTN, DHV, VTZ, COPZ, Integrale kankercentra etc.

Werkeenheid

De kleinste organisatorische eenheid van medewerkers belast met de zorg voor een groep bewoners/cliënten.

Zorgcoördinator

De persoon die de zorg rondom een specifieke bewoner/cliënt coördineert. Dit kunnen verschillende medewerkers zijn, zoals bijvoorbeeld een teamleider, een contactverzorgende, een leidinggevende, een eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV-er) etc.

Zorgenden

Allen die in een organisatie bij de zorg betrokken zijn: van laag tot hoog, door alle sectoren heen, van de mensen direct rond het bed tot de mensen in de keuken, de technische dienst, de receptie, de directie, professionals en vrijwilligers etc.

Zorgteam

Het vaste team van verzorgenden en verpleegkundigen dat de verzorging van een aantal bewoners/cliënten uitvoert.

1.7 Opbouw

In het volgende onderdeel van de nota worden de kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg verder uitgewerkt.

Deel 1

Hier komen de zes *algemene* doelen van palliatieve zorg (A t/m F) voor bewoners en cliënten, hun naasten en medewerkers aan bod. Bij elk doel worden subdoelen en voorwaarden die nodig zijn om doelstellingen te bereiken uitgewerkt.

Deel 2

Hier worden *aanvullende* doelen van gespecialiseerde palliatieve zorg (G en H) gepresenteerd voor verpleeghuizen met een aparte unit c.q. aparte bedden. Ook hier worden subdoelen en voorwaarden die nodig zijn om doelstellingen te bereiken, uitgewerkt.

Na dit onderdeel volgt het onderdeel *Toetsing*. De kwaliteitsrichtlijnen kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg te toetsen (zie I).

In de bijlage is een eerste aanzet voor kwaliteitsrichtlijnen voor Mobiele Palliatieve Teams (MPT) opgenomen.

In de kwaliteitsrichtlijnen wordt, bijvoorbeeld voor procedures, gesprekken en speciale situaties in de zorg, verwezen naar de handreikingen. Deze handreikingen, die hulpmidde-len/voorbeeldinstrumenten zijn bij het ontwikkelen en toetsen van palliatieve terminale zorg, zijn te vinden op het ledennet van Arcares. U kunt deze handreikingen downloaden en aanpassen aan de eigen situatie.

2 : Palliatieve terminale zorg

Deel 1 Algemene doelen en voorwaarden

- Doel A:** De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze.
- Doel B:** Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid.
- Doel C:** De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund.
- Doel D:** De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt.
- Doel E:** De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd.
- Doel F:** De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking.

Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze

Subdoel:

De bewoner heeft een markeringsgesprek met een of meerdere leden van het team; gesprekspunten (zie handreiking 7) komen aan de orde.

Voorwaarden:

1. Markeringsgesprek
2. Vastleggen gegevens markeringsgesprek
3. Inventariseren problemen en (leefstijl)wensen

Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze

Subdoel:

De bewoner heeft een markeringsgesprek met een of meerdere leden van het team; gesprekspunten (zie handreiking 7) komen aan de orde:

- De bewoner voelt zich welkom op een manier die op hem persoonlijk is afgestemd.
- De bewoner heeft de informatie waarom hij vraagt over het verpleeghuis.
- De bewoner heeft de informatie waarom hij vraagt over zijn eigen situatie.
- De bewoner weet bij welke medewerkers hij terecht kan met vragen.
- De verpleeghuismedewerkers hebben de informatie van de bewoner om zorg op maat te leveren.

Voorwaarden bij doel A

- 1. Een markeringsgesprek wordt gehouden wanneer de bewoner/cliënt, de naasten en/of de hulpverleners zich realiseren dat de lichamelijke toestand van de bewoner/cliënt dusdanig achteruitgaat dat de dood aanstaande is.**
 - Doel is een gezamenlijke ‘besefcontext’ te realiseren, samen in hetzelfde spoor’ te komen.
 - Er is sprake van twijfel of de oorspronkelijke ziekte, een bijkomende ziekte en/of complicaties nog wel te behandelen zijn.
 - Besloten wordt de ziekte en/of de complicaties niet meer te behandelen, omdat het niet meer zinvol is of omdat de bewoner/cliënt dit niet (meer) wil (zie ook handreiking 3).
- 2. Degene die het markeringsgesprek voert legt de gegevens en de indrukken uit het markeringsgesprek vast in het zorgdossier (handreiking 10). Hij zorgt ervoor dat dit formulier uiterlijk binnen 4 uur na het gesprek beschikbaar is.**
- 3. Bij de start van de palliatieve terminale zorg heeft de zorgcoördinator samen met de verpleeghuisarts een eerste inventariserend gesprek (van wensen en problemen) met de bewoner/cliënt en zijn naasten.**
 - In het gesprek informeren zij naar speciale wensen omtrent leefgewoonten/leefstijl en bespreken. mogelijkheden en grenzen (handreiking 7). (Aanvullende) wensen worden vastgelegd in het zorgplan.
 - Gesprekspunten: zie handreiking 7.
 - De zorgcoördinator verwerkt de gegevens van het markeringsgesprek (vastgelegd op het formulier) in een voorlopig (aangepast) zorgplan. De zorgcoördinator en de arts schakelen andere disciplines in die zij noodzakelijk achten.
 - Het voorlopige/aangepaste zorgplan wordt uiterlijk binnen één week in het multidisciplinaire zorgteam besproken.
 - De verpleeghuisarts heeft bij de start van de terminale fase een eerste gesprek met de bewoner/cliënt. Voor gesprekspunten: zie handreiking 8.

Het gesprek met de naasten vindt plaats samen met de bewoner/cliënt, tenzij deze niet aanspreekbaar is of toestemming heeft gegeven voor een apart gesprek tussen de verpleeghuisarts en andere betrokken disciplines en de naasten.

- Samen met een andere discipline inventariseert de verpleeghuisarts mogelijke complicaties zoals pijn en benauwdheid. Het is duidelijk op welke wijze het multidisciplinaire team deze symptomen bij een bewoner/cliënt meet/observeert (zie bijvoorbeeld het pijnmetingsinstrument in handreiking 17A en 17B) en anticipeert op een behandeling.
- De verpleeghuisarts informeert de bewoner/cliënt over wat de verschillende verpleeghuisdisciplines kunnen doen aan complicaties en wensen.
- De verpleeghuisarts informeert de bewoner/cliënt over welke andere disciplines zullen worden ingeschakeld.
- Betrokken disciplines maken kennis met de bewoner/cliënt binnen één week na de start van de terminale fase, dit afhankelijk van de behoefte van de bewoner/cliënt.
- De verpleeghuisarts rapporteert op de afgesproken wijze over complicaties en wensen van de bewoner/cliënt en naasten. Deze wensen worden op de afgesproken wijze in het zorgplan verwerkt.

Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid

Subdoelen:

- 1. De bewoner/cliënt voelt zich erkend en herkend in zijn eigen wensen en verwachtingen.**
- 2. De bewoner/cliënt voelt zich niet ‘overheerst’ door de symptomen die een gevolg zijn van zijn ziekte of de terminale fase waarin hij zich bevindt. Zij mogen hem niet belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien.**
- 3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium.**
- 4. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.**

Voorwaarden:

1. Flexibiliteit
2. Eigen kamer of aanpassing van de kamer met eigen spullen
3. Rust, privacy, structuur en veiligheid
4. Medewerkers zijn op de hoogte van (dreigende) problemen
5. Ruimte voor levensbeschouwelijke gebruiken
6. Bezoek levensbeschouwelijke medewerkers, geestelijk verzorger
7. Tijdens proces: bespreken effecten behandeling en begeleiding
8. Verstrekken informatie over gang van zaken voor en na overlijden

Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid

Subdoelen:

1. De bewoner/cliënt voelt zich erkend en herkend in zijn eigen wensen en verwachtingen.

- Hij ervaart dat de zorg is afgestemd op zijn wensen en verwachtingen:
 - Bewoner/cliënt voelt zich herkend en erkend in de eigen wijze van leven en afscheid nemen van alles dat zich in zijn leven heeft afgespeeld.
 - Bewoner/cliënt krijgt in principe een gesprek met de contactverzorgende bij het ingaan van het terminale stadium, over het einde van het leven, andere wensen en andere afspraken over de zorg.
 - Bewoners/cliënt heeft een gesprek met de verpleeghuisarts, contactverzorgende en of eventueel andere disciplines; gesprekspunten (handreiking 7 en 8) komen aan de orde.
- Hij ervaart dat hij de regie over zijn leven zoveel mogelijk in eigen hand heeft en hij is op de hoogte van de mogelijkheden en grenzen (zie handreiking 7) van het verpleeghuis en de professionals.
- Hij ervaart dat medewerkers hem professioneel en respectvol benaderen en dat hij wordt geholpen om te gaan met toenemende afhankelijkheid.
- Het team blijft tijdens het verblijf van de bewoner/cliënt aandacht besteden (door middel van vragen en/of observeren) aan de wensen en meer verborgen behoeften van de bewoner/cliënt. Hierbij wordt enerzijds gekeken naar wat hij naar eigen zeggen nodig heeft, anderzijds naar wat het team vanuit haar eigen professionaliteit en intuïtie denkt dat de bewoner/cliënt nodig heeft.

2. De bewoner/cliënt voelt zich niet ‘overheerst’ door de symptomen die een gevolg zijn van zijn ziekte of het terminale stadium waarin hij zich bevindt. Zij mogen hem niet belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien.

- Bewoner/cliënt is indien hij dat wenst en voor zo ver dat nodig is op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden.
- Het team draagt zorg voor een optimale symptoombestrijding.

3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium.

- Hij ervaart dat hij en zijn naasten tijdig hulp (van psychosociale, levensbeschouwelijke en spirituele dan wel lichamelijk aard) krijgen. De bewoner/cliënt krijgt deze hulp van verpleeghuismedewerkers en eventueel van hulpverleners van externe instanties (zoals RIAGG, medisch specialist). Zie ook doel C.

4. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.

- Hij ervaart dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten.
- Hij weet wie zijn contactverzorgende is.
- Hij weet wie het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team is.

- Hij weet dat de diverse verpleeghuisdisciplines in samenwerking de zorg geven en dat er 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is.
- Hij ervaart dat uitvoerende disciplines niet onnodig dezelfde dingen vragen en dat hun adviezen op elkaar aansluiten.
- Hij is op de hoogte van de inhoud van zijn zorgplan en weet dat de verpleeghuisarts eindverantwoordelijk is voor het zorgplan en de zorg samen met de verpleging coördineert.
- Hij weet dat er regelmatig een zorgplanbespreking plaatsvindt waarin de arts en de andere leden van het multidisciplinaire team de zorg voor de bewoner/cliënt en diens naasten doorspreken.

Voorwaarden bij doel B

1. Medewerkers tonen flexibiliteit ten aanzien van de leefstijl en leefgewoonten van de bewoner/cliënt en naasten.

- In het zorgplangesprek vraagt de zorgcoördinator aan de bewoner/cliënt en de naasten naar speciale wensen omtrent de leefgewoonten/leefstijl en bespreekt mogelijkheden en grenzen (handreiking 7). (Aanvullende) wensen worden vastgelegd in het zorgplan.
- In het eerste teamoverleg bespreken de medewerkers deze speciale wensen en maken afspraken over de leefstijl. De zorgcoördinator verwerkt deze afspraken binnen de afgesproken termijn in het zorgplan.
- De zorgcoördinator bespreekt de afspraken over de leefstijl regelmatig met de bewoner/cliënt en de naasten. Hij rapporteert op de afgesproken wijze en zorgt ervoor dat andere betrokken zorgverleners op de hoogte zijn. Bijstellingen worden op de afgesproken wijze genoteerd in het zorgplan (handreiking 10) en de bewoner/cliënt wordt hierover geïnformeerd.
- Ook tijdens het verblijf wordt continue aandacht besteed aan de (veranderende) wensen rondom leefstijl en leefgewoonten. De wensen worden (steeds opnieuw) vastgelegd.

2. Medewerkers nodigen bewoner/cliënt en de naasten uit om de inrichting aan te passen naar eigen gewoonte en voorkeur.

- De eigen inrichting van de kamer van de bewoner wordt zo veel mogelijk in tact gelaten tijdens de terminale fase, in overeenstemming met de afspraken die zijn gemaakt met de bewoner/cliënt in de zorgovereenkomst. Aanpassingen geschieden in onderling overleg. (zie ook punt 1 hierboven).

3. Medewerkers waarborgen de behoefte van de bewoner/cliënt aan rust en privacy door middel van veiligheid en structuur.

- De medewerkers zorgen voor rustmomenten.
- De medewerkers zorgen voor rust in de vorm van weinig geluid of juist rustgevend geluid (muziek).
- De medewerkers zorgen voor afstemming van bezoektijden en hoeveelheid bezoek naar de wensen en mogelijkheden van de cliënt.
- De medewerkers kloppen als ze naar binnen gaan, weten wanneer de cliënt wel of niet de deur open wil hebben, noemen de cliënt niet zonder toestemming bij de voornaam etc.
- De medewerkers zorgen indien nodig voor bedhekken etc.

- 4. Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn (naar de aard van hun functie) op de hoogte van de problemen in de terminale fase en beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en attitude om hiermee om te gaan.**
- De verzorgende inventariseert en observeert de problemen en overlegt hierover met de verpleeghuisarts (zie problemenlijst in handreiking 18).
 - De verzorgende voert zonodig een anamnese uit gericht op pijn of benauwdheid of andere problemen en overlegt over de uitslag met de verpleeghuisarts. Deze anamnese is eventueel ook gericht op psychosociale of spirituele symptomen. In het multidisciplinaire team wordt dit afgestemd met andere relevante disciplines.
- 5. Alle betrokken verpleeghuisdisciplines geven de bewoner/cliënt op een open manier de gelegenheid om levensbeschouwelijke gebruiken op eigen wijze uit te voeren.**
- Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn op de hoogte van de levensbeschouwelijke overtuiging van de bewoner/cliënt en de daarbij behorende gebruiken.
 - Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn zich bewust van de levensbeschouwelijke vragen die de verwerking van het sterven met zich meebrengt en beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en attitude om hiermee om te gaan.
 - Er is een plaats waar de bewoner/cliënt ongestoord kan verblijven bij het voldoen aan levensbeschouwelijke behoeften, gebruiken of plichten.
- 6. Indien gewenst bezoekt de geestelijk verzorger de bewoner/cliënt in de eerste dagen na de markering van de terminale fase.**
- De geestelijk verzorger stelt zich voor aan de bewoner/cliënt binnen één week na opname of binnen één week nadat het begin van de palliatieve terminale fase is gemarkeerd.
 - De geestelijk verzorger neemt indien nodig of gewenst in overleg met het multidisciplinaire team contact op met de naasten.
 - De geestelijk verzorger heeft aandacht voor de levensbeschouwelijke en spirituele vragen, behoeften, talenten met betrekking tot de levenskracht en levenskunst, als ook voor het levensverhaal.
Ten overvloede: de geestelijk verzorger heeft niet als enige aandacht voor deze aspecten. Dit geldt overigens ook voor andere aspecten: de arts is niet de enige die aandacht heeft voor somatische aspecten, de psycholoog niet als enige voor de psychologische aspecten, etc.
 - Hij biedt een afscheidsritueel aan, waarbij ook de naasten aanwezig zijn wanneer dat zinvol en gewenst blijkt.
 - De geestelijk verzorger kan gevraagd worden mee te werken aan de uitvaart.
 - Hij legt, indien gewenst, contact met de eigen geestelijk verzorger uit gemeente of parochie.
 - De geestelijk verzorger rapporteert op de afgesproken wijze in het zorgplan zijn activiteiten.
- 7. Gedurende de opname/palliatieve terminale zorgfase bespreken de verschillende betrokken disciplines de effecten van de gegeven behandeling en begeleiding met de bewoner/cliënt en de (contactpersoon van de) naasten zo vaak als de bewoner/cliënt daar behoefte aan heeft en de disciplines dat nodig achten.**
- De verpleeghuisarts bezoekt de bewoner/cliënt en de naasten zo vaak als de bewoner/cliënt en hij dat zelf nodig achten.

- Behalve aandacht voor de lichamelijke aspecten heeft de verpleeghuisarts ook oog voor de psycho-sociale en spirituele aspecten van het lijden van de patiënt en diens naasten, alsmede voor de organisatorische en ethische aspecten van de zorg.
- Bij onverwacht verloop of complicaties overlegt de verpleeghuisarts met de bewoner/cliënt en de contactpersoon van de naasten over het beleid en over het moment waarop nieuw beleid (bijv. medicatiebeleid) wordt ingezet.
- De verpleeghuisarts bespreekt de gemaakte afspraken met de zorgcoördinator en rapporteert ze op de afgesproken wijze. De zorgcoördinator bespreekt ze met de andere uitvoerende disciplines. Bijstellingen worden op de afgesproken wijze in het zorgplan genoteerd.
- De zorgcoördinator bespreekt samen met de verpleeghuisarts en met de bewoner/cliënt en de naasten de wijzigingen in de zorg. Hij bespreekt de gemaakte afspraken met de uitvoerende disciplines en verwerkt ze op de afgesproken wijze in het zorgplan.
- Indien van toepassing worden scorelijsten (op het gebied van pijn, benauwdheid etc) bijgehouden door verzorgenden dan wel andere betrokken verpleeghuisdisciplines. De zorgcoördinator is hiervan op de hoogte.

8. De zorgcoördinator gaat samen met bewoner/cliënt en de naasten in op de gang van zaken vlak voor en na het overlijden.

- Gesprekspunten vlak voor en na het overlijden: zie handreiking 20. De resultaten van dit gesprek worden vastgelegd in het zorgplan.
- Op verzoek van de bewoner/cliënt wordt contact gelegd met mensen die de bewoner/cliënt graag wil zien.
- De bewoner/cliënt weet dat zijn wensen (al dan niet vastgelegd in een verklaring) m.b.t. de zorg en behandeling rondom het levenseinde (levenswensverklaring, euthanasieverklaring, o.i.d.) binnen de bespreking van het zorg- en behandelbeleid serieus onderdeel zullen zijn.
- De bewoner/cliënt en zijn naasten zijn op de hoogte van het euthanasiebeleid van de instelling.

Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund

Subdoelen:

1. **De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner/cliënt delen indien de bewoner/cliënt en de naasten dat wensen.**
2. **De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.**
3. **De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte.**
4. **De naasten ervaren dat de activiteiten van uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.**

Voorwaarden:

1. Naasten geen werkzaamheden uit handen nemen
2. Aandacht voor oververmoeidheid naasten
3. Naasten desgewenst in contact brengen met lotgenoten
4. Naasten laten waken en daarin ondersteunen

Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund

Subdoelen:

1. De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner/cliënt delen indien beide partijen dit wensen.

- Zij voelen dat ze de zorg aan kunnen en raken niet oververmoeid.
- Zij blijven betrokken bij het sterven van de bewoner/cliënt (op een afstand dan wel bij de gehele, dagelijkse organisatie) en verrichten werkzaamheden die ze willen en kunnen (handreiking 7, punt q).
- Zij blijven desgewenst dichtbij de bewoner/cliënt en zijn op de hoogte van de mogelijkheden (handreiking 7, punt q).

2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.

- Zij ervaren dat de zorg ook op hun wensen en verwachtingen is afgestemd mits deze zorg niet haaks staat op de wensen van de bewoner/cliënt:
 - De naasten hebben aan het begin van het terminale stadium een gesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 7).
 - De naasten hebben aan het begin van het terminale stadium een gesprek met de verpleeghuisarts; gesprekspunten (handreiking 8).
- Zij zijn op de hoogte van de inhoud van het zorgplan indien de bewoner/cliënt dat wenst. De informatie betreft de inhoud van het eerste plan en bijstellingen.
- Zij zijn desgewenst op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden.
- Zij kunnen hun verblijf na overleg met de bewoner/cliënt en de contactverzorgende zoveel mogelijk op eigen wijze invullen en zijn op de hoogte van de (on)mogelijkheden (handreiking 7).
- Zij worden zoveel mogelijk ondersteund om niet overweldigd te raken door verdriet en machteloosheid en ze worden ondersteund bij de verwerking van hun littekens en bij het koesteren van positieve herinneringen.
- Zij worden zo nodig door de verpleeghuisarts doorverwezen naar andere professionele hulpverleners.
- Zij ervaren dat medewerkers hen professioneel en respectvol benaderen.

3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte.

- Zij ervaren dat de bewoner/cliënt tijdig hulp (van psychosociale, levensbeschouwelijke dan wel lichamelijke aard) krijgt.
- Zij ervaren dat ze, indien ze deze wensen, zelf tijdig begeleiding (van psychosociale dan wel levensbeschouwelijke/spirituele aard) krijgen. Ze krijgen deze begeleiding van verpleeghuismedewerkers of van hulpverleners van externe instanties (zoals RIAGG, maatschappelijk werk, medisch specialist, pastoraal werk).

4. De naasten ervaren dat de activiteiten van uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.

- Zij ervaren dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten.
- Zij weten dat de verpleeghuisarts eindverantwoordelijk is voor de inhoud van het zorgplan. Ze weten bovendien wie de contactverzorgende en het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team zijn.
- Zij ervaren dat de uitvoerende disciplines niet onnodig dezelfde dingen vragen en dat hun adviezen op elkaar aansluiten.
- Zij weten dat de diverse verpleeghuisdisciplines in samenwerking met elkaar de zorg geven en dat er 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is.

Voorwaarden bij doel C

1. Medewerkers nemen de naasten geen werkzaamheden uit handen die ze zelf willen en kunnen verrichten.

- Medewerkers nodigen de naasten uit om gedurende de hele terminale fase zoveel mogelijk bij de zorg betrokken te blijven, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van de bewoner/cliënt en de naasten zelf. Medewerkers bespreken met de naasten de mogelijkheden (handreiking 7 punt q).

2. Medewerkers hebben aandacht voor het risico van oververmoeidheid van de naasten.

- Zij attenderen hen op de mogelijkheid om te verblijven in het verpleeghuis (logeermogelijkheid).
- Zij attenderen hen op de mogelijkheid met de bewoner/cliënt nog gezamenlijk dat te doen wat ze samen fijn vinden en wat mogelijk is.
- Zij attenderen hen op de mogelijkheid te waken bij de bewoner/cliënt.
- Zij attenderen hen op de mogelijkheid te eten in het verpleeghuis.
- Zij attenderen hen op de mogelijkheid te werken met een aanwezigheidsrooster.
- Zij attenderen hen op de mogelijkheid de was van de bewoner/cliënt te laten doen.

3. Medewerkers stimuleren de bewoners/cliënten en naasten die lotgenotencontact op prijsstellen om dit contact te zoeken.

- De zorgcoördinator/contactverzorgende stelt de geïnteresseerde bewoners/cliënten en familieleden/naasten aan elkaar voor (in bijvoorbeeld de huiskamer).
- De zorgcoördinator/contactverzorgende attendeert de bewoner/cliënt en naasten op de mogelijkheden tot lotgenotencontact in speciale bijeenkomsten die door het verpleeghuis worden georganiseerd.

4. Naasten krijgen de gelegenheid om bij de bewoner/cliënt te waken en voelen zich gesteund.

- Desgewenst worden de naasten en bewoner/cliënt ondersteund door de geestelijk verzorger bij het afscheid nemen. Hiertoe worden passende rituelen gebruikt die alle betrokkenen ondersteunen.

Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt

Subdoelen:

1. **De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers.**
2. **De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.**

Voorwaarden:

1. Ingaan op wensen rondom opbaren
2. Een luisterend oor voor reacties van nabestaanden
3. Peilen van behoefte aan ondersteuning.

Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid na het overlijden van de bewoner/cliënt

Subdoelen:

- 1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers.**
 - Zij ervaren in de eerste uren na het overlijden dat ze hun emoties en reacties met de betrokken verpleeghuismedewerker (contactverzorgende, verpleeghuisarts en/of een maatschappelijk werkende, geestelijk verzorger of vrijwilliger) kunnen bespreken.
 - Zij zijn op de hoogte van de gang van zaken vlak voor en na het overlijden. Gesprekspunten: handreiking 20.
 - Zij kijken desgewenst met één of meerdere medewerkers van het multidisciplinaire zorgteam terug op het verblijf in het verpleeghuis, op de symptomen en de gegeven behandeling.
 - Zij houden desgewenst ook op langere termijn contact met het verpleeghuis (handreiking 21 en 22) volgens vaste structuren (bijvoorbeeld herdenkingsdiensten) en op afspraak (bijvoorbeeld voor een evaluatiegesprek).
- 2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.**
 - Zij weten welke werkzaamheden ze zouden kunnen verrichten (handreiking 19 en 20).
 - Zij ervaren dat er rekening wordt gehouden met specifieke wensen die voortvloeien uit een bepaalde levensovertuiging/religie.

Voorwaarden bij doel D

- 1. De medewerkers gaan uit van de wensen en (culturele) gewoontes van de bewoner/cliënt en nabestaanden rondom het opbaren.**
- 2. In de eerste uren na het overlijden is er een luisterend oor voor de vele verschillende vormen van reacties en emoties van nabestaanden.**
 - Een medewerker van een betrokken discipline of een vrijwilliger is aanwezig om de eerste emoties met naasten te delen. Gesprekspunten: handreiking 20.
- 3. De bij het overlijden betrokken medewerker gaat na of de nabestaanden behoefte hebben aan ondersteuning.**
 - De bij het overlijden betrokken medewerker van een uitvoerende discipline rapporteert over de situatie rondom het overlijden en de wensen van de nabestaanden omtrent de nazorg. Zonodig wordt hiervoor de checklijst risicofactoren bij verliesverwerking gebruikt (zie handreiking 22).
 - Afspraken omtrent de activiteiten voor nazorg op korte en langere termijn worden in de teambespreking of in de eerstvolgende overdracht gemaakt (handreikingen 10 en 11). De zorgcoördinator noteert ze binnen de afgesproken termijn in het zorgplan.

- De zorgcoördinator is op de hoogte van eerstelijns ondersteuningsmogelijkheden op dit gebied en verwijst nabestaanden zonodig door.
- Naasten worden geïnformeerd wanneer de kamer moet worden ontruimd.

Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd

Subdoelen:

1. **De medewerkers voelen zich gesteund door hun collega's.**
2. **De medewerkers voelen zich gesteund door hun leidinggevenden, directie en bestuur.**
3. **De medewerkers voelen zich toegerust voor hun taken.**

Voorwaarden:

1. Voldoen aan kwalificaties
2. Beschikbaarheid technische hulpmiddelen
3. Deskundigheidsbevordering en attitude
4. Onderlinge steun van medewerkers
5. Begeleiding van medewerkers
6. Begeleiding en ondersteuning van vrijwilligers
7. Goede samenwerking en personeelsbezetting
8. Taakverdeling professionals – vrijwilligers

Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd

Subdoelen:

1. **De medewerkers voelen zich gesteund door hun collega's.**
2. **De medewerkers voelen zich gesteund door hun leidinggevenden, directie en bestuur.**
3. **De medewerkers voelen zich toegerust voor hun taken.**

Voorwaarden bij doel E

1. **Medewerkers die zorgen voor terminale cliënten voldoen aan specifieke kwalificaties.**
Specifieke kwalificaties wat betreft attitude en deskundigheid: handreiking 14.
2. **De verantwoordelijke dienst ziet erop toe dat de benodigde technische hulpmiddelen beschikbaar zijn en door de betrokken disciplines gebruikt kunnen worden.**
 - De verantwoordelijke dienst/directie zorgt ervoor dat technische hulpmiddelen, die passen in het beleid van het huis en bij de vraag van de cliënt, beschikbaar zijn. Het hoofd van de werkeenheid ziet hierop toe.
 - De directie zorgt ervoor dat de betrokken disciplines met de hulpmiddelen kunnen omgaan en zondig bij- en nageschoold worden in het kader van de wet BIG. Het hoofd van de werkeenheid ziet hierop toe.
 - De directie realiseert randvoorwaarden voor consultatie van externe deskundigen door eigen medewerkers.
3. **Het verpleeghuis biedt 'nieuwe' en reeds in het verpleeghuis werkzame medewerkers ondersteuningsmogelijkheden aan om hun deskundigheid (kennis, kunde en vaardigheden) en hun attitude omtrent palliatieve terminale zorg te verbeteren.**
Mogelijkheden ter ondersteuning van de deskundigheidsbevordering: handreikingen 13a, 13b, 13c en 14 en 15.
4. **Medewerkers steunen elkaar.**
 - Medewerkers weten wanneer ze hun eigen grenzen bereikt hebben en kunnen dit aangeven.
 - Zij zien wanneer een collega het niet 'trekt' en spreken hem daarop aan; zij nemen, in onderling overleg, desgewenst zijn werk over.
 - Ze bespreken met elkaar twijfels en emoties en geven elkaar tips (zie handreikingen 13b en 13c).
 - Medewerkers bemoedigen elkaar en geven elkaar positieve feedback.
 - Zorgverleners, medewerkers van ondersteunende diensten en vrijwilligers hebben ook aandacht voor elkaars gevoelens bij het verlenen van de palliatieve terminale zorg.

5. Medewerkers worden begeleid.

- De leidinggevende ondersteunt het team waar nodig. De leidinggevende stimuleert een klimaat waarin medewerkers hun persoonlijke vragen en twijfels durven te bespreken. Dit klimaat wordt geformuleerd en geëvalueerd.
- De leidinggevende ziet erop toe dat:
- Medewerkers niet oververmoeid raken en moedigt hen aan om voor eigen ontspanning te zorgen.
- Er regelmatig momenten zijn waar besproken kan worden hoe medewerkers in de zorg staan. Besprekmomenten kunnen zijn:
 - De dagelijkse overdracht.
 - Evaluatiegesprekken na het overlijden van een bewoner/cliënt.
 - De multidisciplinaire zorgteambespreking.
 - De werkbespreking volgens het 'keek op de week'- principe.
 - Intervisiebijeenkomsten met gelijkgestemden.
 - Persoonlijke gesprekken met contactpersoon of persoon van eigen voorkeur.
- De directie zorgt desgevraagd voor externe professionele begeleiding.

6. Vrijwilligers die betrokken zijn bij de palliatieve terminale zorg worden begeleid en ondersteund.

- Vrijwilligers zijn onderdeel van het team. Er zijn afspraken over de wijze waarop de vrijwilligers in het team participeren (zie handreiking 16).
- De directie/verantwoordelijke ziet erop toe, dat één medewerker verantwoordelijk is voor:
 - Het inventariseren van wensen en mogelijkheden van vrijwilligers.
 - Een apart scholingsprogramma voor vrijwilligers.
 - Een algemene introductie in het verpleeghuis.
 - Een inwerkperiode in de palliatieve terminale zorg.
 - Evaluatiegesprekken.
 - Ondersteuning en counseling.
 - Begeleiding door middel van (bijvoorbeeld) informatie over wijzigingen in de zorg, over verandering in afspraken, etc. De begeleiding heeft een structureel en blijvend karakter.

7. De directie zorgt voor een goede samenwerking en personeelsbezetting.

- De directie van het verpleeghuis gaat na of de formatie kwalitatief en kwantitatief voldoende is en zoekt, indien nodig, naar extra middelen voor uitbreiding van de formatie.
- De leidinggevende zorgt ervoor dat er 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig is.
- De leidinggevende zorgt ervoor dat het rooster voor de dag-, avond- en nachtdiensten bekend is.
- De leidinggevende zorgt (zodanig) voor informatie over medewerkers en vrijwilligers die bij piekbelasting en/of bij een specifieke bewoner/cliënt 24 uur per dag bereikbaar zijn, zodat deze makkelijk opgeroepen kunnen worden.

8. Indien vrijwilligers palliatieve terminale zorg verlenen spreekt de leidinggevende met de bewoner/cliënt, naasten en vrijwilligers af welke taken de vrijwilligers verrichten.

- De zorgcoördinator overlegt regelmatig met de bewoner/cliënt, de naasten en de vrijwilliger wanneer de vrijwilliger aanwezig is en wat de taken zijn. De taken worden vastgelegd in het zorgplan en zijn inzichtelijk voor het zorgteam dat betrokken is bij de palliatieve terminale zorg.
- Vrijwilligers informeren de zorgcoördinator op de afgesproken wijze.

Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking

Subdoelen:

1. Medewerkers streven naar voortdurende afstemming tijdens de zorgverlening, zodat de bewoner/cliënt en naasten kwalitatief goede zorg krijgen en er optimaal gebruik wordt gemaakt van de aanwezige kennis en deskundigheid.
2. Na het overlijden wordt er gezamenlijk nabesproken om te leren van de gegeven zorg en te anticiperen op een volgende situatie.

Voorwaarden:

1. Onderlinge afstemming van de zorg
2. Evalueren en bijstellen tijdens de zorgverlening
3. Samenwerkingsafspraken met participanten netwerk
4. Evalueren na het overlijden

Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking

Subdoelen:

- 1. Medewerkers streven naar voortdurende afstemming tijdens de zorgverlening, zodat de cliënt en naasten kwalitatief goede zorg krijgen en er optimaal gebruikt wordt gemaakt van de aanwezige kennis en deskundigheid.**
- 2. Na het overlijden wordt er gezamenlijk nagesproken om te leren van de gegeven zorg en te anticiperen op een volgende situatie.**

Voorwaarden bij doel F

- 1. De betrokken medewerkers stemmen de zorg op elkaar af**
 - Ze nemen deel aan het multidisciplinaire zorgteam (handreikingen 10, 11 en 12).
 - Ze overleggen dagelijks op vaste momenten (handreikingen 10, 11 en 12).
 - Ze rapporteren volgens afspraak over de dagelijkse zorgverlening en informeren de zorgcoördinator altijd over bijstellingen in het zorgplan. Deze informeert de andere betrokken zorgverleners. Bijstellingen worden altijd op de afgesproken wijze in het zorgplan genoteerd.
 - Ze houden samen met andere disciplines in de gaten dat er een duidelijk ‘totaalbeeld’ van de cliënt is en stemmen dit ook regelmatig af met de cliënt en diens naasten.
 - De zorgcoördinator informeert de betrokken vrijwilligers en stemt zaken met hen af. Bij verschil van mening of conflicterende situaties tussen medewerkers en vrijwilligers, heeft de zorgcoördinator een bemiddelende rol.
 - Zo spoedig mogelijk na het overlijden licht de zorgcoördinator de betrokken zorgverleners, vrijwilligers en de opnamecommissie in.
 - Nadat de kamer na het overlijden van de cliënt vrij en leeg is, neemt het hoofd van de werkeenheid contact op met de huishoudelijke dienst om de kamer schoon te maken.
- 2. Betrokken medewerkers evalueren de effecten van de gegeven behandeling, begeleiding en verzorging regelmatig en stellen steeds de zorg bij.**
 - Zij observeren systematisch veranderingen in lichamelijke, psychosociale en levensbeschouwelijke behoeften.
 - Ze bespreken en evalueren de zorg dagelijks met elkaar (handreikingen 10, 11 en 12) en bespreken tevens hoe te handelen bij calamiteiten of bij optreden c.q. verergering van symptomen.
 - Ze bespreken en evalueren de zorg wekelijks met elkaar in het multidisciplinaire zorgteam (handreikingen 10, 11 en 12).
 - Ze schakelen desgewenst tijdig interne en externe collega's en disciplines in voor consult.

- 3. Het verpleeghuis maakt heldere afspraken met alle participanten binnen het netwerk palliatieve terminale zorg over de samenwerking rondom deze zorg (zie handreiking 2).**
- De participanten zijn hiertoe op de hoogte van het aanbod en de deskundigheid die bij andere participanten van het netwerk aanwezig is.
 - Participanten bieden consultatie ten aanzien van cliënten die in een van de organisaties van het netwerk zijn opgenomen.
 - Participanten zijn bereid tot uitwisseling en evaluatie van gezamenlijke/gedeelde procedures en expertise.
- 4. Na het overlijden bespreken en evalueren betrokken medewerkers het verblijf en het verloop van de terminale fase.**
- De bij het overlijden betrokken disciplines en vrijwilligers bespreken het verblijf en het verloop van de terminale fase in de eerstvolgende overdracht (dit kan ook dienen om stoom af te blazen; zie de zorg voor de zorgenden).
 - Het team bespreekt het verblijf en het verloop van de terminale fase in het eerstvolgende multidisciplinaire teamoverleg aan de hand van handreikingen 10, 11 en 12. De zorgcoördinator vult het formulier in. Voor deze vakinhoudelijke nabespreking kunnen eventueel nabestaanden worden uitgenodigd.
 - Desgewenst vindt een uitgebreidere werkbijeenkomst plaats. Het team beslist hierover.

Deel 2 Aanvullende doelen en voorwaarden

Voor verpleeghuizen die gespecialiseerde palliatieve terminale zorg bieden op een aparte unit of op aparte bedden worden enkele doelen uit deel 1 aangepast en aangevuld. Dit wordt beschreven onder doel G.

Doel H is een extra doel om verwijzingen binnen het netwerk van voorzieningen en disciplines soepel te laten verlopen.

Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden

Doel H: De verwijzing van cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen

Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden

Daartoe dient zoals reeds aangegeven een aantal *algemene* doelen met subdoelen en voorwaarden te worden aangepast en **aangevuld**.

Aanvullende voorwaarden doel A: (De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze)

- Coördinatie opnames
- Voorbezoek/rondleiding
- Aanwijzen zorgcoördinator/ EVV-er
- Welkomstgesprek
- Inventariseren leefstijlwensen
- Informeren (on)mogelijkheden verpleeghuis

Aanvullende voorwaarden doel B: (Terminale cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid)

- Standaardinrichting van kamer en unit
- Eigen kamer/omgeving
- Specifieke wensen t.a.v. kamer/omgeving

Aanvullende voorwaarden doel C: (De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund)

- Naasten betrekken vanaf voorbezoek
- Naasten betrekken bij inrichting kamer

Aanvullende voorwaarden doel E: (De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd)

- Intensieve emotionele ondersteuning is aanwezig
- Cyclische dan wel jaarlijkse bij- en nascholing van iedere medewerker
- Aanwezigheid interne supervisor

Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden.

Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze

Subdoel:

De cliënt krijgt in principe een voorbezoek en indien hij dat wenst en het technisch mogelijk is een rondleiding; gesprekspunten: handreiking 6.

Aanvullende voorwaarden doel A

1. Opnames worden gecoördineerd.

- Het hoofd van de werkeenheid en de maatschappelijk werkende beslissen over een nieuwe opname, rekeninghoudend met de urgentie van de zorgvraag en de actuele personeelsbezetting.
- Voor de dag van opname wijst de leidinggevende een zorgcoördinator (bijvoorbeeld EVV-er) aan.
- De zorgcoördinator coördineert de opnames in kantooruren.
- Er zijn afspraken in het verpleeghuis en met de RIO gemaakt over spoedopnames: dit zijn opnames buiten de wachtlijst en planlijst om.

2. Vóór de opname informeert de zorgcoördinator of de met deze taak belaste medewerker de cliënt en de naasten over de mogelijkheden van gespecialiseerde palliatieve terminale zorg in het verpleeghuis.

- Dit gebeurt in een voorbezoek of rondleiding of in een (telefonisch) contact met de cliënt en de naasten. Er wordt een informatiebrochure uitgereikt (zie handreiking 5).
- De zorgcoördinator of betreffende medewerker legt de gegevens en de indrukken uit het voorbezoek dan wel uit de telefonische contacten vast in het opnameformulier/zorgdossier (handreiking 10). Hij zorgt ervoor dat dit formulier uiterlijk op de dag van de opname beschikbaar is.
- De zorgcoördinator en de verpleeghuisarts bepalen aan de hand van het opnameformulier/zorgdossier of het kennismakingsgesprek op de dag van opname of binnen drie dagen na opname plaatsvindt.

3. Op de dag van opname heet de zorgcoördinator de cliënt welkom. Er is samen met de verpleeghuisarts een eerste inventariserend gesprek (van wensen en problemen) met de cliënt en zijn naasten.

- In het opnamegesprek informeert de zorgcoördinator bij de cliënt en de naasten naar speciale wensen omtrent de leefgewoonten/leefstijl. Ook worden de mogelijkheden en grenzen besproken (handreiking 7). Aanvullende wensen worden vastgelegd in het zorgplan.
- Gesprekspunten: zie handreiking 7.

- De zorgcoördinator verwerkt de gegevens van het opnamegesprek en het opnameformulier volgens afspraak in een voorlopig (aangepast) zorgplan. De zorgcoördinator en de arts schakelen de andere disciplines in die zij noodzakelijk achten.
- De verpleeghuisarts heeft op de eerste dag een welkomstgesprek met de cliënt. Voor gesprekspunten zie handreiking 8.
- Bij minder ernstig zieke cliënten maakt de verpleeghuisarts op de eerste dag in ieder geval kennis met de cliënt waarna binnen één week een meer uitgebreid welkomstgesprek met de cliënt en de naasten volgt. Gesprekspunten: zie handreiking 8.
- De arts neemt een anamnese af en doet een probleemgerichte lichamelijke screening.
- De overige betrokken disciplines maken kennis met de cliënt binnen één week na de opname.

Doel B: Terminale cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid

Aanvullende voorwaarden doel B

- De standaardinrichting van de kamer: zie handreiking 9.
- De zorgcoördinator of de met deze taak belaste medewerker vragen tijdens het voorbezoek, de rondleiding dan wel het telefonisch contact of de cliënt en de naasten dierbare zaken mee willen nemen. Hij noteert dit op het opnameformulier.
- Het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team informeert de technische, huishoudelijke dienst en eventuele vrijwilligers over specifieke wensen of de hulp die de cliënt nodig heeft voor het plaatsen van meegebrachte zaken.

Doel C: De naasten blijven betrokken en voelen zich ondersteund bij de laatste levensfase van de terminale cliënt

Aanvullende voorwaarden doel C

De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers

- Naasten worden in het voortraject betrokken door middel van een voorbezoek, een rondleiding of een telefonisch contact; gesprekspunten: zie handreiking 6.
- Indien de cliënt dit wenst, zorgen de naasten samen met de cliënt voor de ‘aankleding’ van de eigen kamer met dierbare spullen van thuis.

Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd

Aanvullende voorwaarden doel E

1. Intensieve emotionele ondersteuning is voor het personeel aanwezig

- Wekelijks vindt een keek op de week of intervisie plaats ter ondersteuning van de zorgenden.

2. Cyclische dan wel jaarlijkse bij- en nascholing van iedere medewerker

- Iedere medewerker neemt jaarlijks dan wel cyclisch deel aan een vorm van bij- en nascholing die is toegespitst op de lacunes in persoonlijke kennis en vaardigheden.

3. Aanwezigheid interne supervisor

- In het verpleeghuis is een supervisor aanwezig die vanuit zijn deskundigheid en relatieve onafhankelijkheid een rol kan hebben en ingeschakeld kan worden bij de bespreking van individuele cliëntencasuïstiek op de unit. De supervisor heeft ook in rol naar de rest van het huis toe.

Doel H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen

Subdoelen:

1. **De samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria (handreiking 3).**
2. **De samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor terminale cliënten in het verpleeghuis kunnen worden opgenomen.**
3. **De samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijs- en opnameprocedures bij kortdurende palliatieve terminale zorg (handreiking 4).**
4. **De samenwerkingspartners zijn op de hoogte van de mogelijkheden die het verpleeghuis heeft om advies en daadwerkelijke ondersteuning te bieden in de thuissituatie (zie voor uitwerking de bijlage met betrekking tot het mobiel palliatief team).**

Voorwaarden:

1. Informeren van samenwerkingspartners over mogelijkheden palliatieve terminale zorg.
2. Evalueren van de gang van zaken samen met netwerkpartners.
3. Uitwisselen van ervaringen, kennis en deskundigheid in het netwerk.
4. Informeren van het zorgkantoor over palliatieve terminale zorgverlening in en vanuit het verpleeghuis.
5. Informeren van de samenwerkingspartners over ontwikkelingen.
6. Samen met samenwerkingspartners de doelgroep bepalen.
7. Samen met samenwerkingspartners onderzoeken of er mogelijkheden zijn om naar huis te gaan, indien de cliënt dit wil.

Doel H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen

Subdoelen:

1. De samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria (handreiking 3).
2. De samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor terminale cliënten in het verpleeghuis kunnen worden opgenomen.
3. De samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijs- en opnameprocedures bij kortdurende palliatieve terminale zorg (handreiking 4).

Voorwaarden doel H

1. **Het verpleeghuis informeert de samenwerkingspartners in het netwerk regelmatig over de (on)mogelijkheden met betrekking tot palliatieve terminale zorg in het verpleeghuis.**
 - De directie draagt zorg voor de informatievoorziening aan samenwerkingspartners in het netwerk. Zonodig wijst ze een verantwoordelijk medewerker aan.
 - Het verpleeghuis informeert zowel de samenwerkingspartners op uitvoerend niveau (bijv. teammanagers, etc) als personen op strategisch niveau (instellingsdirecteuren). Aandachtspunten en middelen in de informatievoorziening: zie handreiking 2.
 - Samenwerkingspartners weten dat in het verpleeghuis:
 - Ook palliatieve terminale zorg op een aparte unit geboden wordt.
 - Terminale cliënten ook **tijdelijk** kunnen worden opgenomen voor:
 - a. Verlichting van de mantelzorg
 - b. Instellen symptoombehandeling/begeleiding
 - Comfortabele omstandigheden geboden worden aan terminale cliënten die niet verder thuis verzorgd kunnen of willen worden.Samenwerkingspartners weten:
 - Dat er vanuit de thuiszorg/ziekenhuis/hospice/specifieke consultatieteams/COPZ (=het netwerk) consultatie gegeven wordt aan verwijzers.
 - De naam en de specifieke deskundigheid van de te consulteren thuiszorg/ziekenhuis/hospice/specifieke consultatieteams/COPZ (=het netwerk).
 - Het aanbod van het verpleeghuis aan palliatieve terminale zorg wordt opgenomen in de regiovisie.
 - Verwijzers worden geïnformeerd over de (on)mogelijkheden van het verpleeghuis met betrekking tot palliatieve terminale zorg.
 - De directie draagt zorg voor de financiering van de zorg.
2. **Het verpleeghuis evalueert de gang van zaken rondom de palliatieve terminale zorg met de samenwerkingspartners in het netwerk en stelt de procedures en/of de zorg eventueel bij.**

- De directie draagt zorg voor de evaluatie met de samenwerkingspartners in het netwerk. Eventueel wijst ze een medewerker aan, die hiervoor verantwoordelijk is. Aandachtspunten zijn:
 - De verwijs- en opnameprocedures (verloop van de verwijzingen, wederzijdse informatievoorziening, helderheid procedures; zie handreikingen 3 en 4).
 - Kennis, informatie over de deskundigheid van het verpleeghuis/de unit.
 - Verloop van de opnames (kortdurende) terminale cliënten in de regio.
 - De financiering van de zorg.
 - Evaluatie vindt plaats in individuele contacten, bestaande overlegvormen en eventueel apart in te stellen overlegvormen omtrent palliatieve terminale zorg in de regio.
- 3. Het verpleeghuis en de samenwerkingspartners in het netwerk wisselen hun ervaringen, kennis en deskundigheid in verband met de palliatieve terminale zorg uit.**
- Mogelijke middelen: zie handreiking 2.
 - Zie ook de aparte bijlage met betrekking tot het mobiele palliatieve team.
 - Ze ontwikkelen samen een beleid ten behoeve van een optimale informatie-uitwisseling en bespreken hun ervaringen in bestaande overlegvormen of elders (handreiking 2).
- 4. Het verpleeghuis informeert het zorgkantoor over de wijze waarop en de mate waarin palliatieve terminale zorg in en vanuit het verpleeghuis wordt geleverd.**
- 5. De samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent de gespecialiseerde palliatieve terminale zorg in het verpleeghuis.**
- Het verpleeghuis heeft een duidelijk PR-plan, dat relevant is voor het imago van het verpleeghuis, voor (toekomstige) cliënten, hun naasten en potentiële verwijzers. Voor mogelijke andere middelen van informatievoorziening: zie handreiking 2.
- 6. Het verpleeghuis/de unit bepaalt en evalueert de doelgroep van de gespecialiseerde palliatieve terminale zorg mede in overleg met de samenwerkingspartners van het netwerk.**
- De directie draagt zorg voor het overleg met de samenwerkingspartners in het netwerk. Eventueel wijst ze een medewerker aan, die hiervoor verantwoordelijk is. Aandachtspunten zijn:
 - Concretiseren of wijzigen van vastgestelde opnamecriteria.
 - Formuleren van criteria t.b.v. vroege signalering.
 - Afspraken over elkaars aanbod, rol en deskundigheid in de palliatieve terminale zorg.
 - Bekendmaken van afgesproken opnamecriteria.
- 7. Wanneer een bewoner/cliënt naar huis wenst te gaan onderzoeken de verpleeghuisarts en de zorgcoördinator de mogelijkheden van een ontslag.**
- De verpleeghuisarts en de zorgcoördinator bespreken deze wens met de bewoner/cliënt, met de contactpersoon van de naasten en met de hulpverleners die de zorg overnemen.
 - Gesprekspunten zijn onder andere:
 - De mogelijkheden van de thuiszorg.
 - De mogelijkheden van heropname.
 - De mogelijkheden van een dag of nacht naar huis.
 - De mogelijkheden van een activiteit buiten het verpleeghuis.

- De datum van het ontslag.
- De mogelijkheid dat de hulpverleners desgewenst advies kunnen vragen aan het verpleeghuis.
- Indien besloten wordt tot ontslag draagt de zorgcoördinator de gegevens van de bewoner/cliënt op de dag van het ontslag schriftelijk over aan de hulpverleners die de zorg overnemen.
- De zorgcoördinator blijft de contactpersoon voor de bewoner/cliënt, de naasten en de hulpverleners.

3 : Toetsing en toetsingsinstrumenten

Doel I: Het verpleeghuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen

Doel I: Het verpleeghuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen

Subdoel:

Het verpleeghuis werkt systematisch aan de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg.

Doel I: Het verpleeghuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen

Subdoel:

Het verpleeghuis werkt systematisch aan de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg.

Aanpak

1. Stel een bescheiden projectgroep samen uit de diverse geledingen die ervaring hebben met de praktijk van palliatieve terminale zorgverlening.
2. De medewerkers inventariseren de sterke en zwakke doelen in de geleverde palliatieve terminale zorg vanuit het perspectief van cliënten en naasten én vanuit het perspectief van de professionals. Daartoe worden de toetsingsinstrumenten uit handreiking 23 gebruikt.
3. Voor de zwakke doelen worden kwaliteitsverbetertrajecten georganiseerd.
4. De doelen die zwak scoren worden gedetailleerd bevraagd. Daarbij wordt de uitwerking van doelen en voorwaarden A t/m H gebruikt. Zie onderdeel 'palliatieve terminale zorg' in deze nota.
5. De gedetailleerde informatie over zwakke doelen, die op deze manier is verzameld, wordt gebruikt als beginpunt voor een kwaliteitsverbetertraject.
6. Houd het kwaliteitsverbetertraject 'klein' en concreet.
7. Draai eerst proef met de kwaliteitstoetsing op één afdeling of voor een deel van de zorg.
8. Vraag aan de directie commitment wat betreft het uit te voeren traject en de randvoorwaarden, ook qua tijd en geld.
9. De medewerkers inventariseren opnieuw de sterke en zwakke doelen in de geleverde palliatieve terminale zorg vanuit het perspectief van cliënten en naasten én vanuit het perspectief van de professionals. Daartoe worden de toetsingsinstrumenten uit handreiking 23 gebruikt.
10. Conclusies uit de verbetertrajecten worden verankerd in het kwaliteitssysteem van de instelling.

Toetsingsinstrumenten

TOETSING VAN DE KWALITEITSRICHTLIJNEN PALLIATIEVE TERMINALE ZORG

Handreiking bij toepassing en verwerking van de checklijst: hoe vaak worden de doelen gehaald?

Formulier A volgens professionals

Formulier B volgens bewoner/cliënt en naasten

Introductie en doelstelling

Quickscan

Op de volgende pagina's treft u twee formulieren aan waarmee u in uw verpleeghuis kunt meten hoe vaak de doelen voor palliatieve terminale zorg worden gehaald. Ze stellen u in staat de kwaliteit van palliatieve terminale zorg snel in kaart te brengen en vast te stellen welke doelen sterk of juist zwak scoren.

Meer de diepte in

Na deze quickscan kunt u zwakke doelen verder bestuderen aan de hand van de kwaliteitsrichtlijnen (zie onderdeel 'palliatieve terminale zorg'). De verzamelde informatie kan als uitgangspunt dienen voor een kwaliteitsverbetertraject. Na zo'n traject kan de quickscan opnieuw gebruikt worden voor een nameting.

Verschillende perspectieven: professionals en cliënten

Een van de formulieren van de quickscan wordt gebruikt om het perspectief van de professionals te meten (formulier A). Het perspectief van de bewoner/cliënt of het cliëntensysteem (familie en naasten) wordt gemeten met formulier B. Ook kunt u de bewoner/cliënt vragen wat het belang is van een specifiek doel voor de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg.

De meerwaarde van de quickscan wordt gevormd door de mogelijkheid op systematische wijze de mening van de professional en die van de bewoner/cliënt naast elkaar te leggen.

Gebruik

De kwaliteit van palliatieve terminale zorg kan op verschillende manieren getoetst worden. U kunt eenmalig of met een vaste frequentie (jaarlijks) de uitgebreide kwaliteitsrichtlijnen gebruiken om de kwaliteit van zorg te meten. De quickscan (formulier B) stelt u in staat in een evaluatiegesprek met nabestaanden na het overlijden van een bewoner/cliënt kort hun mening te peilen.

Afname: schriftelijk of mondeling?

U kunt de quickscan-formulieren kopiëren of downloaden van Ledennet.

Het is wellicht belangrijk om naast verzorgenden ook bijvoorbeeld de huishoudelijke dienst, de geestelijk verzorger of andere betrokkenen te vragen het betreffende formulier in te vullen. Wanneer u het formulier uitrekt, geeft u aan wanneer u en hoe u het terug wilt ontvangen en op welke wijze zij iets terug zullen horen van de resultaten.

Als de situatie van de bewoner/cliënt het toelaat kunt u met behulp van formulier B mondeling zijn mening vragen. Indien dit niet mogelijk is kunnen familieleden/naasten het formulier schriftelijk beantwoorden. Ook hier geldt dat u bij uitreiking van het formulier aangeeft wanneer u en hoe u het terug wilt ontvangen en op welke wijze zij iets terug zullen horen van de resultaten.

Wat wordt in de quickscan gevraagd?

- De bewoner/cliënt en/of zijn naasten beantwoorden de vragen van de doelen A tot en met D (formulier B).
- De professionals (verzorgenden, medici etc.) beantwoorden de vragen van de doelen A tot en met I (formulier A).
- De vragen van de doelen G en I (een gedeelte van formulier A) worden beantwoord door het management van het verpleeghuis of eventuele samenwerkingspartners zoals bijvoorbeeld leden van de opnamecommissie, het indicatieorgaan of de transmurale verpleegkundige van het ziekenhuis.

De scoremogelijkheden

1.	Nooit	2.	Soms	3.	Regelmatig	4.	Altijd
----	-------	----	------	----	------------	----	--------

Verwerking en interpretatie

Wanneer de formulieren zijn ingevuld scoort u per doel hoe vaak een 1 voorkomt, een 2 etc. U telt dus de frequenties van de scores. U doet dit per groep (professionals of bewoners/cliënten/naasten) en per doel. Aan de hand van de uitkomst kunt u meer gedetailleerd onderzoek doen.

Er zijn drie redenen om een kwaliteitsverbetertraject te starten. (1) Een doel wordt volgens professionals óf cliënten niet voldoende behaald. (2) Professionals én cliënten vinden dat een doel niet voldoende wordt behaald. (3) Uit vorige uitkomsten blijkt dat cliënten het zeer belangrijk vinden dat een doel wordt behaald.

Uiteraard is kwaliteitsverbetering in de eerste situatie het minst en de derde situatie het meest urgent.

Voorbeeld

Als resultaat krijgt u bijvoorbeeld de volgende scores bij doel B: de naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *	Wordt dit doel behaald volgens cliënt(system) *	Vindt cliënt -systeem dit doel belangrijk ?
De naasten blijven betrokken en voelen zich ondersteund bij de laatste levensfase van de terminale bewoner /cliënt.			
- De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner/cliënt delen, indien de bewoner/cliënt dat wensen	- 45% zegt soms 55% zegt nooit	- 25% zegt ja, 75% nee	- 58% zegt ja
- De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers	- 25% zegt regelmatig, 75% altijd	- 95 % zegt ja	- 88 % zegt ja
- De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op symptomen ten gevolge van de ziekte	- 80% zegt altijd	- 60% zegt ja	- 78% zegt ja
- De naasten ervaren dat de activiteiten van de uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen	- 89% zegt regelmatig	- 30% zegt ja - 70% zegt nee	- 100% zegt ja

Uit de scores uit bovenstaand voorbeeld blijkt dat:

- (Wat betreft ‘de ondersteuning van de naasten door medewerkers’) er geen groot verschil is tussen de scores van professionals en die van bewoners/cliënten in de frequentie waarin een doel is gehaald. Beiden vinden dat dit doel regelmatig/altijd wordt gehaald. Deze uitkomst geeft weinig aanleiding tot nader onderzoek of een verbetertraject.
- (Wat betreft ‘het delen van de goede en verdrietige momenten met de bewoner door naasten’) dit doel volgens de professionals en bewoners/cliënten vaak niet wordt behaald. Bovendien geeft 58% van de bewoners/cliënten aan dat het gaat om een belangrijk doel. Dit vormt een aanleiding om verder door te vragen onder professionals, cliënten en hun naasten.

In bovenstaande situaties zijn drie van de vier scores (het behalen van het eerste, derde en vierde doel) aanleiding tot meer gedetailleerd navragen onder professionals en bewoners/cliënten over ‘wat er precies niet gebeurt of wat ze precies missen’.

Voor dit gedetailleerde ‘doorvragen’ kunt u de kwaliteitsrichtlijnen (doelen en voorwaarden) uit het onderdeel ‘palliatieve terminale zorg’ gebruiken. Uiteindelijk kan dan een gericht kwaliteitsverbetertraject worden gestart.

Formulier A: perspectief professionals**A: De start van de palliatieve terminale fase vindt plaats op een expliciete en professionele wijze**

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De bewoner heeft een markeringsgesprek met de contactverzorgende.	1. 2. 3. 4.
2. In het markeringsgesprek komen de relevante gesprekspunten (handreiking 7) aan de orde.	1. 2. 3. 4.

B: Terminale bewoners/ cliënten voltooien hun leven in alle waardigheid en eigenheid

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De bewoner/cliënt voelt zich erkend en herkend in zijn eigen wensen en verwachtingen.	
• Ervaart dat de zorg is afgestemd op zijn wensen en verwachtingen niet alleen aan het begin maar gedurende de héle terminale fase.	1. 2. 3. 4.
• Ervaart dat hij de regie van zijn leven zoveel mogelijk in eigen hand heeft.	1. 2. 3. 4.
• Ervaart dat medewerkers hem professioneel en respectvol benaderen en dat hij wordt geholpen om te gaan met toenemende afhankelijkheid.	1. 2. 3. 4.
2. De bewoner/cliënt voelt zich niet overheerst door de symptomen ten gevolge van zijn ziekte/ terminaal stadium, die hem belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien.	1. 2. 3. 4.

3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat gereageerd wordt op symptomen ten gevolge van zijn ziekte/ terminaal stadium.	1. 2. 3. 4.
4. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.	1. 2. 3. 4.

C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund bij de laatste levensfase van de terminale bewoner/cliënt

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De naasten blijven goede en verdrietige momenten met de bewoner delen indien de bewoner/cliënt en de naasten dat wensen.	1. 2. 3. 4.
2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.	1. 2. 3. 4.
3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op symptomen ten gevolge van de ziekte.	1. 2. 3. 4.
4. De naasten ervaren dat de activiteiten van de uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.	1. 2. 3. 4.

D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers.	1. 2. 3. 4.

2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.	1. 2. 3. 4.
--	-------------

E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De medewerkers voelen zich gesteund door hun collega's.	1. 2. 3. 4.
2. De medewerkers voelen zich gesteund door hun leidinggevenden, directie en bestuur.	1. 2. 3. 4.
3. De medewerkers voelen zich toegerust voor hun taken.	1. 2. 3. 4.

F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door een methodische en multidisciplinaire samenwerking

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. Medewerkers streven naar een voortdurende afstemming tijdens de zorgverlening, zodat de cliënt en naasten kwalitatief goede zorg krijgen en er optimaal gebruik wordt gemaakt van de aanwezige kennis en deskundigheid.	1. 2. 3. 4.

G: Op een gespecialiseerde unit c.q. aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. De cliënt krijgt in principe een voorbezoek en indien hij dat wenst en technisch mogelijk is een rondleiding; gesprekspunten (handreiking 6) komen aan de orde.	1. 2. 3. 4.
2. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria.	1. 2. 3. 4.
3. Samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor kortdurend terminale cliënten in het verpleeghuis kunnen worden opgenomen.	1. 2. 3. 4.
4. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijfs- en opnameprocedures bij kortdurend palliatieve terminale zorg.	1. 2. 3. 4.
5. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent de kortdurend palliatieve terminale zorg in het verpleeghuis.	1. 2. 3. 4.
6. Het verpleeghuis en de samenwerkingspartners in het netwerk wisselen hun ervaringen met kortdurend palliatieve terminale zorg aan elkaar uit.	1. 2. 3. 4.

H: De verwijzing van terminale bewoners/ cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
1. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria.	1. 2. 3. 4.

Formulier B: Cliëntenperspectief kwaliteitsrichtlijnen verpleeghuis**Doel A De start van de palliatieve terminale fase vindt plaats op een expliciete en professionele wijze**

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/ -systeem	Vindt de cliënt /-systeem dit doel belangrijk
De cliënt/ bewoner heeft een markeringsgesprek		
1. Heeft u een (markerings)gesprek gehad met de contactverzorgende/ verpleeghuisarts?	Ja/ nee	Ja/ nee
2. Werd u naar uw idee persoonlijk benaderd?	Ja/ nee	Ja/ nee
3. Heeft u in dit gesprek de informatie gekregen waaraan u op dat moment behoefte had?	Ja/ nee	Ja/ nee
4. Weet u bij welke medewerkers u terecht kunt met vragen?	Ja/ nee	Ja/ nee

Doel B Terminale bewoners / cliënten voltooien hun leven in alle waardigheid en eigenheid

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt /-systeem?	Vindt de cliënt / -systeem dit doel belangrijk?
1. De bewoner/cliënt voelt zich (h)erkend in zijn eigen wensen en verwachtingen		
1a. Bent u geïnformeerd over de mogelijkheden en grenzen in de zorg die het verpleeghuis kan bieden?	Ja/ nee	Ja/ nee

1b.	Wordt u door de medewerkers geholpen en benaderd op de wijze waarop u dat prettig vindt?	Ja/ nee	Ja/ nee
2. De bewoner/cliënt voelt zich niet ‘overheerst’ door symptomen die een gevolg zijn van de ziekte of de terminale fase			
2a.	Is u verteld welke symptomen (pijn, misselijkheid) zouden kunnen voorkomen in uw geval?	Ja/ nee	Ja/ nee
2b.	Vindt u dat het personeel zo goed mogelijk zijn best doet om ervoor te zorgen dat u van deze symptomen zo min mogelijk last heeft?	Ja/ nee	Ja/ nee
3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat wordt gereageerd op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium			
3a.	Wanneer u hulp/ aandacht/ zorg nodig heeft, krijgt u die dan ook?	Ja/ nee	Ja/ nee
4. De bewoner/cliënt ervaart dat activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen			
4a.	Weet u wie uw contactverzorgende is?	Ja/ nee	Ja/ nee
4b.	Weet u wie het hoofd van de afdeling is?	Ja/ nee	Ja/ nee
4c.	Vindt u dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten?	Ja/ nee	Ja/ nee
4d.	Bent u ervan op de hoogte dat de zorg aan u wordt geleverd door een team van verpleeghuismedewerkers?	Ja/ nee	Ja/ nee
4e.	Bent u ervan op de hoogte dat er regelmatig een zorgplan bespreking plaatsvindt met het team waarin de zorg aan u wordt doorgesproken?	Ja/ nee	Ja/ nee
4f.	Weet u wat er in het zorgplan staat beschreven?	Ja/ nee	Ja/ nee
4g.	Ervaart u dat de uitvoerende disciplines/ de verzorgenden niet dezelfde dingen vragen?	Ja/ nee	Ja/ nee

Doel C De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund bij de laatste levensfase van de terminale bewoner / cliënt

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/-systeem?	Vindt de cliënt /-cliëntsysteem? dit doel belangrijk
1. De naasten blijven momenten delen met de bewoner indien de bewoner en naasten dat wensen		
1a. Was u op de hoogte van de mogelijkheden (logeerkamer, eten, etc.) zodat u dichtbij uw naaste kon blijven?	Ja/ nee	Ja/ nee
1b. Heeft u in de zorg voor uw naaste die dingen kunnen doen die u ook wilde doen?	Ja/ nee	Ja/ nee
1c. Heeft u die werkzaamheden kunnen doen zonder oververmoeid te raken?	Ja/ nee	Ja/ nee
2. De naasten voelen zich gesteund door medewerkers		
2a. Heeft u zich gesteund gevoeld door de medewerkers van de afdeling waar uw naaste werd verzorgd?	Ja/ nee	Ja/ nee
2b. Heeft u ervaren dat de zorg ook werd afgestemd op uw wensen en behoeften?	Ja/ nee	Ja/ nee
2c. Bent u van mening dat u voldoende bent geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> - symptomen; - (on)mogelijkheden van het verpleeghuis qua zorg en faciliteiten; - inhoud van het zorgplan? 	Ja/ nee	Ja/ nee
2d. Werd u indien nodig en gewenst met vragen doorverwezen naar andere medewerkers?	Ja/ nee	Ja/ nee
2e. Werd u als naaste door de medewerkers geholpen en benaderd op de wijze zoals u dat prettig vond?	Ja/ nee	Ja/ nee

3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op symptomen ten gevolge van ziekte			
3a.	Heeft u ervaren dat er door de verzorgenden op de juiste manier werd gereageerd op symptomen van uw naaste?	Ja/ nee	Ja/ nee
3b.	Heeft u, indien gewenst, tijdig begeleiding en ondersteuning gekregen van bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, pastoraal werker, etc?	Ja/ nee	Ja/ nee
4. De naasten ervaren dat de activiteiten van de disciplines elkaar bevestigen en aanvullen			
4a.	Werden er handelingen dubbel verricht of zaken dubbel gevraagd door diverse verpleeghuismedewerkers?	Ja/ nee	Ja/ nee
4b.	Was u ervan op de hoogte dat de verpleeghuisarts verantwoordelijk was voor de medische zorg?	Ja/ nee	Ja/ nee
4c.	Was u ervan op de hoogte dat de zorg aan uw naaste werd geleverd door een team van verpleeghuismedewerkers?	Ja/ nee	Ja/ nee

Doel D De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner / cliënt

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt /-systeem?	Vindt de cliënt / -systeem dit doel belangrijk?	
1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers			
1a.	Kon u in de eerste uren na het overlijden van uw naaste (desgewenst) met uw emoties en vragen terecht bij één van de teamleden?	Ja/ nee	Ja/ nee
1b.	Was u op de hoogte gebracht van de gang van zaken vlak voor en na het overlijden van uw naaste?	Ja/ nee	Ja/ nee
1c.	Heeft u (desgewenst) met één of meerdere van de	Ja/ nee	Ja/ nee

	verpleeghuismedewerkers een gesprek gehad om terug te blikken op de zorg en het overlijden van uw naaste?		
1d.	Heeft u er behoefte aan om ook op langere termijn met het verpleeghuis contact te hebben?	Ja/ nee	Ja/ nee
2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene			
2a.	Bent u geïnformeerd over welke werkzaamheden u zou kunnen verrichten bij het verlenen van de laatste zorg aan uw naaste?	Ja/ nee	Ja/ nee
2b.	Heeft u ervaren dat er bij de laatste zorg aan uw naaste rekening werd gehouden met specifieke wensen die voortvloeien uit bepaalde levensovertuiging en/ of religie?	Ja/ nee	Ja/ nee

Bijlage 1: Overzicht handreikingen

Voorbeeldinstrumenten bij ontwikkeling en toetsing van PTZ (zie voor uitwerking Ledennet Arcares)

1. Koppeling doelen, fasen en activiteiten (voor en met bewoners/cliënten)
2. Informatievoorziening van samenwerkingspartners; aandachtspunten en middelen
3. Opname en ontslagcriteria gespecialiseerde palliatieve terminale zorg
4. Verwijs- en opnameprocedures gespecialiseerde palliatieve terminale zorg
5. Informatiebrochures
6. Gesprekspunten voorbezoek/rondleiding gespecialiseerde palliatieve terminale zorg
7. Gesprekspunten opnamegesprek of markeringsgesprek
8. Gesprekspunten welkomstgesprek met verpleeghuisarts
9. Standaardinrichting van kamer en unit
10. Vast te leggen gegevens
11. Overleg
12. Mondelinge afstemming
13. Zorg voor medewerkers
 - 13A. Werkbespreking
 - 13B. Intervisie
 - 13C. Keek op de week
14. Kwalificaties: attitude en deskundigheid
15. Mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering
16. Kwalificaties en taken vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg
- 17A. Pijnanamnese (analyse pijnprobleem)
- 17B. Pijndagboek
18. Checklijst problemen terminale fase
19. Afscheidsrituelen
20. Gesprekspunten vlak voor en na het overlijden
21. Protocol nazorg en evaluatie:
 - 21A. Richtlijnen nazorggesprek met nabestaanden
 - 21 B: Gesprekspunten nazorggesprek
22. Risicofactoren bij verliesverwerking
23. Methode casuïstiekbespreking
24. Toetsing van de kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg.
 - Formulier A: perspectief professionals
 - Formulier B: perspectief cliënten
25. Actieplan

Bijlage 2: Kwaliteitsrichtlijnen Mobiel Palliatief Team

- een eerste aanzet -

In deze bijlage wordt een eerste aanzet gegeven voor kwaliteitsrichtlijnen voor Mobiele Palliatieve Teams (MPT). Deze richtlijnen die gebaseerd zijn op het handboek Consultatieteams Palliatieve Zorg van het Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam (april 2001), zijn nog niet uitgetest. Er is echter toch besloten ze in deze bijlage te presenteren, omdat instellingen die een MPT hebben of plannen hebben in die richting, er hun voordeel mee kunnen doen. Bij een volgende actualisatie kunnen praktische ervaringen worden meegenomen. Bedoeling is dat de kwaliteitsrichtlijnen voor een mobiel palliatief team uiteindelijk een vast onderdeel zullen vormen van de totale kwaliteitsrichtlijnen.

Het MPT is ingebed in een netwerk voor palliatieve terminale zorg. Binnen het netwerk vinden gezamenlijke casuïstiekbesprekingen plaats waarbij alle consultatieteams (MPT's) betrokken zijn. Het leren van elkaar staat hierbij centraal. Deze aanzet kan hierbij een ondersteuning zijn.

Doel: De doelstelling van een Mobiel Palliatief Team is het optimaliseren van de palliatieve zorgverlening aan de individuele patiënt en diens naasten, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft.

Subdoelen:

- 1. Het MPT werkt aanvullend en ondersteunend op de bestaande hulpverlening en is beschikbaar ten behoeve van de gehele zorgketen.**
- 2. Het MPT werkt op een eenduidige, transparante manier.**
- 3. Het MPT garandeert bereikbaarheid.**
- 4. Het MPT staat garant voor deskundigheid op het gebied van palliatieve terminale zorg.**
- 5. Het MPT verleent consultatie en draagt haar deskundigheid uit via diverse andere activiteiten.**

Doel: De doelstelling van een Mobiel Palliatief Team is het optimaliseren van de palliatieve zorgverlening aan de individuele patiënt en diens naasten, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft.

1. Het MPT werkt aanvullend en ondersteunend op de bestaande hulpverlening en is beschikbaar ten behoeve van de gehele zorgketen.

- Voorop staan de toestemming van de eindverantwoordelijke hulpverlener en het overleg met de patiënt. Dit betekent dat in het eerste gesprek met de professional wordt vastgesteld om welk niveau van consultatie het zal gaan. Reguliere voorzieningen en procedures vormen het uitgangspunt voor consultatie.
- De verantwoordelijke hulpverlener is in de thuissituatie de huisarts, in verpleeghuizen de verpleeghuisarts en in het ziekenhuis de betreffende specialist. Zij vragen het consult aan en geven toestemming. Afhankelijk van de consultatievraag wordt ingeschat of toestemming nodig is (bijvoorbeeld bij vragen over symptoomcontrole), of dat toestemming verondersteld mag worden (bijvoorbeeld bij vragen op verpleegkundig gebied).
- Bij consultatievragen van een patiënt dient in eerste instantie altijd verwezen te worden naar de eindverantwoordelijke zodat deze zelf contact kan opnemen met het MPT. Leidt dit niet tot het gewenste resultaat dan wordt toch informatie gegeven aan de patiënt en (vanuit het MPT) contact opgenomen met de eindverantwoordelijke om dit te melden. De relatie tussen huisarts en patiënt staat centraal. Pas in tweede instantie benadert het MPT zelf de eindverantwoordelijke hulpverlener. Indien de eindverantwoordelijke hulpverlener geen toestemming geeft volgt geen consultatie.
- De relatie tussen patiënt en de eindverantwoordelijke hulpverlener (huisarts, specialist etc.) staat centraal.
- De vraag van de hulpverlener is de leidraad bij de consultatie.

2. Het MPT werkt op een eenduidige, transparante manier.

- Het MPT is werkzaam binnen een duidelijk afgebakend gebied.
- Het MPT werkt met vier niveaus van consultatie:
 - Telefonische consultatie.
 - Eenmalig huisbezoek.
 - Het gedurende een bepaalde periode mee begeleiden van patiënt en naaste(n).
 - Het tot het einde toe mee begeleiden van patiënt en naaste(n), inclusief het ondersteunen van naasten bij de rouwverwerking (Voorlopig komt de nadruk te liggen op de consultatiefunctie ten behoeve van de eerste lijn en de verpleeghuizen).
- Bij het eerste contact wordt afgesproken op welk niveau geconsulteerd zal worden.
- Bij consultatie op niveau 3 en 4 wordt gebruik gemaakt van een werkdocument (naast het reguliere dossier van bijvoorbeeld de thuiszorg). Dit werkdocument bestaat uit: een intakeformulier, werkafspraken, rapportageformulieren en het COPZ-registratieformulier.
- Ook worden afspraken gemaakt over de wijze en termijn van terugkoppeling.
- Ieder advies dat gegeven wordt, wordt schriftelijk bevestigd.
- Gevraagd wordt of de consultvrager aanvullend schriftelijke achtergrondinformatie wil ontvangen.
- Men ontvangt uiterlijk 24 uur na de consultvraag een reactie.
- Ieder consult wordt middels een standaardformulier geregistreerd.
- Het MPT maakt gebruik van standaardformulieren, welke regelmatig worden herzien.

- Handelingen gericht op actieve levensbeëindiging vallen buiten de consultatie.
- Voor klachten betreffende een MPT kan men terecht bij de klachtencommissie van het betreffende instelling, waar het MPT aan gekoppeld is.

3. Het MPT garandeert bereikbaarheid.

- Het MPT is tijdens kantooruren bereikbaar (van 9.00 tot 17.00 uur).
- In geval van vakanties, ziekte etc. wordt een achterwachtfunctie geregeld. In bijzondere gevallen kan het betrokken MPT individueel afspraken maken voor bereikbaarheid buiten kantooruren.

4. Het MPT staat garant voor deskundigheid op het gebied van palliatieve terminale zorg.

- Het MPT heeft minimaal eenmaal per 2 weken een casuïstiekbespreking waarbij alle disciplines aanwezig zijn.
- De casuïstiekbesprekingen verlopen volgens een vast stramien, bijvoorbeeld volgens de aspecten: somatisch, psychisch, sociaal, spiritueel, organisatorisch (voldoende coördinatie, anticiperen en continuïteit), logistiek en ethisch (welke moeilijke beslissingen en wie is daarbij betrokken).
- Het MPT is verbonden aan een palliatieve unit van een instelling.
- Het MPT neemt deel aan een vorm van intercollegiale toetsing samen met andere MPT's.
- Het MPT is samengesteld uit:
 - Een kernteam: palliatieve verpleegkundige en arts
 - Een tweede schil: pastor, fysiotherapie, ergotherapie, maatschappelijk werk, psycholoog, muziektherapeut etc.
- Per discipline worden inhoudelijke eisen beschreven, onderverdeeld in kennis, vaardigheden en gedragscompetenties. Bijvoorbeeld:
 - Verpleeghuisarts: IKR-cursus gevolgd of indien mogelijk een cursus in Engeland (palliative medicine) of andere aanvullende scholing. Verder uitstekende communicatieve vaardigheden.
 - Palliatief verpleegkundige: ervaring, kennis op het gebied van oncologie en palliatieve zorg, bij voorkeur ervaring met het werken in de thuissituatie, volgen van aanvullende scholing, uitstekende communicatieve vaardigheden.
- Voor alle teamleden geldt een palliatieve grondhouding.
- Het MPT gaat uit van een gemeenschappelijk zorgconcept.
- Binnen het MPT worden teambuildingsactiviteiten georganiseerd.
- Binnen het MPT wordt inhoud gegeven aan 'Zorg voor zorgenden'

5. Het MPT verleent consultatie en draagt haar deskundigheid uit via diverse andere activiteiten.

Naast het verlenen van consultatiemogelijkheden, ontplooiën de mobiele palliatieve teams nog andere activiteiten. Hierbij kan gedacht worden aan:

- het bijwonen en organiseren van multidisciplinaire besprekingen in ziekenhuis, verpleeghuizen, zorgcentra, hospices, bijna thuishuis en thuiszorgcentra (structureel en op afroep).
- het geven van voorlichting en het verzorgen van P.R.

- Het geven van bijscholing, bijvoorbeeld aan de hand van casuïstiekbesprekingen. Dit kan zijn tussen MPT's onderling en, mogelijk tegen vergoeding, aan derden (bijvoorbeeld huisartsen, wijkverpleging etc.).
- Het organiseren van intervisiebijeenkomsten.
- (Binnen de MPT's) het geven van 'training on the job'.
- Het opzetten van wachtlijstbegeleiding ter voorbereiding van opname of ter voorkoming van opname.
- Het organiseren van activiteiten in het kader van 'zorg voor de zorgenden'.